

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1913

THÈSE

419

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DUROEUX

Interne de Saint-Lazare, Interne Pr. des Hôpitaux

Médailles de Bronze de l'Assistance Publique

Médaille d'Honneur des Epidémies

Né à Saint-Saulve, le 5 mai 1883

SYPHILIS DE LA VESSIE

Président : GAUCHER, Professeur



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1913



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Année 1913

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DUROEUX

Interne de Saint-Lazare, Interne Pr. des Hôpitaux

Médailles de Bronze de l'Assistance Publique

Médaille d'Honneur des Épidémies

Né à Saint-Sauve, le 5 mai 1883

SYPHILIS DE LA VESSIE



Président : GAUCHER, Professeur

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		WEISS.
Chimie organique et Chimie générale.....		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....		WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....		TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		LEJARS.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		N...
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LÉTULLE.
		ROGER.
Clinique médicale.....		CHAUFFARD.
		GILBERT.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladies des enfants.....		HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DEJERINE.
		DELBET.
Clinique chirurgicale.....		QUENU.
		RECLUS.
		HARTMANN.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LEGUEU.
		BAR.
Clinique d'accouchements.....		PINARD.
		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		ROBIN (Albert).

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	GOUGEROT.	LERI.	RETTERER.
BRANCA.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (A.).	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JOUSSET (A.).	MULON.	SICARD.
CARNOT.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LECENE.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LENORMANT.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

419

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON MAITRE ET AMI

Le Docteur Alfred LÉVY-BING

Médecin de Saint-Lazare.

*En témoignage d'affection et de profonde
reconnaissance.*

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur E. GAUCHER

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
à la Faculté de Médecine.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

M. le Docteur BRUHIL, 1904-1905.

M. le Professeur agrégé TROISIER, 1906-1907.

M. le Professeur agrégé WALTHER, 1907-1908.

M. le Professeur CHAUFFARD, 1908-1909.

M. le Professeur agrégé LAUNOIS, 1909-1910.

M. le Docteur TAPRET, 1910-1911.

M. le Professeur agrégé REYNIER, 1911-1912.

MM. les Professeurs agrégés LOEPER et GUILLAIN.

MM. les Docteurs BOISSARD, ROBINEAU, CHIFOLIAU,
ROGER VOISIN, LAPOINTE, BAUMGARTNER,
CHEVRIER, LARDENNOIS, MOCQUOT, SAINTON.

MM. les Docteurs ROUHIER, MARCEL PINARD et JEAN
TROISIER.

A MES MAITRES DE SAINT-LAZARE (1910-1912)

M. le Professeur agrégé JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare.

M. le Docteur OZENNE, chirurgien de Saint-Lazare.

M. le Docteur VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare.

M. le Docteur BIZARD, médecin de Saint-Lazare.

M. le Docteur MAURICE DOGNY, chef de Laboratoire de St Lazare.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

La syphilis, maladie constitutionnelle, ne respecte aucun tissu, aucun organe, et la muqueuse vésicale, au même titre que les autres muqueuses de l'économie, peut en être atteinte. La richesse de sa vascularisation, sa congestion facile et fréquente, y permettent la localisation et le développement du tréponème de Schaudin.

Cette notion était complètement ignorée, il y a quelques années ; les urologistes de la fin du siècle dernier n'en faisaient pas mention ; ils semblaient reconnaître à la vessie des propriétés particulières, qui la mettaient à l'abri de cette affection, et dans les descriptions des lésions syphilitiques des organes urinaires, ils passaient sans transition du rein et de l'uretère, à l'urèthre et à la prostate.

A cette époque, on ne pensait pas à la possibilité de localisation du virus spécifique sur la vessie ; puis, peu à peu l'attention a été attirée vers ce sujet et en nous basant sur les observations qui en ont été publiées et sur nos recherches personnelles, il nous est possible de tracer

un tableau clinique de la syphilis vésicale, qui dès maintenant a droit de cité dans la pathologie vénérienne.

Nous éliminerons de notre travail les ulcérations vésicales dues à des propagations de lésions de voisinage, soit qu'il s'agisse de lésions syphilitiques du rectum chez l'homme avec extension par la cloison recto-vésicale, soit qu'il s'agisse d'un processus ulcéreux du vagin propagé à la vessie ; nous éliminerons également les propagations de gommès syphilitiques de l'intestin.

Ce sont là des lésions de paracystite syphilitique, très rares d'ailleurs (il n'en existe que quelques cas dans toute la littérature médicale), qui entament d'abord le tissu conjonctif vésical, puis la paroi vésicale elle-même ; il se forme ainsi des adhérences, des petits abcès avec fonte purulente, perforation et fistule vésico-vaginale, recto-vésicale ou vésico-intestinale.

Dans ces cas, la lésion de la muqueuse vésicale n'a aucun caractère particulier ; elle reste généralement localisée au pourtour de l'orifice de communication, tout au moins au début ; plus tard, dès lésions de cystite banale par infection secondaire envahissent le reste de la muqueuse, et modifient l'aspect des lèvres de la fistule.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La plupart des traités d'urologie et de syphiligraphie parus jusque maintenant, contiennent peu de renseignements sur le sujet qui nous intéresse

Guyon, dans la quatrième édition de ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, nie la possibilité d'existence de lésions syphilitiques de la vessie : « L'appareil urinaire, dit-il, est regardé en général et avec raison comme échappant à l'action de la syphilis » et après avoir signalé les troubles de la miction dus à un mécanisme plus complexe (lésions médullaires de la syphilis), il ajoute : « Quant aux lésions propres aux organes urinaires, le rein seul et peut-être l'urèthre paraissent pouvoir être directement influencés par la vérole, mais cela paraît absolument exceptionnel. »

Dans la première édition de son remarquable traité de la syphilis, Fournier passe complètement sous silence la question de la syphilis vésicale ; Noguès, dans l'édition de

1906, met en doute la valeur de presque toutes les observations publiées jusque-là.

Pour Desnos et Minet, l'existence des ulcérations syphilitiques de la vessie est des plus douteuse.

Seuls, Hallopeau et Fouquet, dans leur traité de la syphilis, Legueu, dans son traité d'urologie, admettent l'existence de très rares lésions tertiaires et en signalent les caractères prédominants.

La littérature étrangère, et en particulier la littérature allemande, ne contiennent pas beaucoup plus de documents.

Proksch, dans sa *Bibliographie de la syphilis*, passe en revue de nombreuses descriptions d'autopsie de cadavres de syphilitiques, recueillies çà et là dans la littérature médicale, et relève un certain nombre de cas d'ulcérations de la vessie ; la plupart ne présentent aucun caractère spécifique, mais il en est quelques-uns qui semblent avoir une valeur incontestable.

Kaposi admet que dans des cas très rares on puisse trouver, dans la partie profonde de l'urèthre et de la vessie, des ulcérations et des cicatrices qui sont vraisemblablement le reliquat de gommages ulcérées.

Finger, Joseph, ne font que mentionner brièvement les lésions spécifiques de la vessie.

Casper ne connaît pas de cas où l'on ait, à l'aide du cystoscope, trouvé sur le vivant des lésions vésicales spécifiques.

Frisch et Zuckerkandl passent complètement sous silence cette question et Nitze lui-même, dans son *Traité de la cystoscopie*, déclare que « jusque maintenant (1907), la

cystoscopie n'a pas permis de constater de processus syphilitique de la vessie ».

Une semblable affirmation est difficilement admissible, car il existe dans la littérature des relations assez nombreuses de lésions vésicales dont l'origine syphilitique ne peut être contestée.

Certains auteurs ont voulu ranger parmi elles des observations d'ulcérations de la vessie que rien ne permet de considérer comme syphilitiques ; aussi nous ne signalons ici, que pour les rejeter de notre travail, celle de Uva, concernant vraisemblablement un cancer du rectum propagé à la vessie ; celle de Spillmann, où il s'agissait d'une cystite ulcéreuse banale avec perforation et péritonite, et celles de Lang se rapportant à des lésions spécifiques de l'urèthre.

Le diagnostic des lésions spécifiques de la vessie a passé depuis un siècle par différentes étapes qu'il est intéressant de relater.

Tout d'abord, à une époque où les notions de syphilis étaient encore bien erronées, et les moyens d'investigation bien précaires, on fait sur la table d'autopsie le diagnostic rétrospectif d'ulcérations dont la nature avait été méconnue ; c'est le cas des observations de Morgagni, de Ricord, de Vidal de Cassis, de Tarnowsky.

Plus tard, le diagnostic porté *in vivo*, en se basant sur les données cliniques, sur les notions d'antécédents spécifiques et surtout sur la coexistence de processus gommeux des autres organes, est confirmé par l'épreuve du traitement mercuriel ; cas de Neumann, de Griwzow, de Chrzelitzer.

Aujourd'hui, la méthode de l'endoscopie vésicale précé-

nisée par Nitze se perfectionne et se vulgarise. Elle donne des renseignements d'une valeur incontestable sur l'état de la paroi et du col vésical, sur les néoformations de la muqueuse ; elle permet de reconnaître, de décrire les ulcérations et les gommès et de suivre leur amélioration progressive et leur disparition sous l'influence de la médication antisyphilitique.

Enfin la réaction de Wassermann, qui se perfectionne chaque jour et donne des résultats de plus en plus précis et constants, permet, lorsqu'il y a le moindre doute, de confirmer le diagnostic.

Aussi les observations recueillies depuis quelques années présentent une valeur incontestable et l'on peut admettre sans réserves les cas de Franck, de Engelmann, de Asch, de Picot, de Picker, etc.

Jusqu'en ces dernières années, toutes les observations se rapportaient à des accidents de la période tertiaire, si bien que certains auteurs considèrent encore cette éventualité comme de beaucoup la plus fréquente. La syphilis vésicale secondaire, en effet, qui se traduit par de simples phénomènes de cystite, a été décrite, pour la première fois, en 1909 ; mais depuis cette époque les cas se sont multipliés et il est permis de prévoir qu'ils seront de plus en plus nombreux à mesure que la notion de leur existence sera plus répandue. Ces lésions secondaires passaient auparavant inaperçues ; les phénomènes auxquels elles donnaient lieu étaient attribués à une cystite banale et les accidents disparaissaient à la longue, sous l'influence des lavages, sans aucun traitement mercuriel.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

La syphilis peut donner des lésions de la vessie au cours des deux périodes secondaire et tertiaire ; l'âge et le sexe n'ont aucune influence sur leur apparition.

Vidal de Cassis, se basant sur les théories de son époque, avait admis la possibilité d'existence du chancre vésical. Une semblable éventualité est impossible. Même chez la femme, l'agent pathogène de la syphilis ne peut remonter jusqu'à la vessie, en sens inverse du courant de l'urine ; il est vite arrêté dans sa marche ascendante et, en effet, il n'existe pas dans la science d'accident primitif uréthral siègeant à plus de cinq ou six centimètres de l'orifice externe.

Les lésions vésicales de la période secondaire et de la période tertiaire évoluent plus ou moins longtemps après le chancre ; on a signalé des cas de processus gommeux vingt ans après la contagion ; ces lésions peuvent exister seules ou s'accompagner de manifestations du côté de la peau, des muqueuses ou des autres organes.

On peut encore rencontrer des lésions vésicales au cours

de certaines affections désignées maintenant sous le nom de parasyphilitiques : tabès, paralysie générale. Sous l'influence des lésions du système nerveux central, il se forme des lésions vésicales sur lesquelles la syphilis semble n'avoir qu'une action indirecte. Néanmoins, ces lésions s'améliorent souvent sous l'influence du traitement mercuriel, même sans intervention locale (Heresco et Druelle, Asch) et nous pouvons nous demander si, dans certains cas, il ne s'agit pas d'une affection directement spécifique de la vessie, dont l'éclosion serait favorisée par les troubles sphinctériens, la dilatation de l'organe et la mauvaise nutrition de ses parois.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

A. — *Syphilis secondaire*

Les lésions syphilitiques secondaires de la vessie peuvent évoluer insidieusement, surtout si elles siègent au niveau des parois latérales ou de la partie postérieure du bas-fond vésical ; elles ne se manifestent alors par aucun phénomène subjectif et ne peuvent être décelées qu'accidentellement au cours d'un examen cystoscopique. (Obs. IX).

Le plus souvent, elles se traduisent par des phénomènes de cystite aiguë ou chronique, plus ou moins intenses, qui appellent l'attention du côté de l'organe ; elles se manifestent alors par des troubles de la miction, des douleurs, de la pyurie ; ces symptômes, d'abord peu accentués, augmentent rapidement d'intensité.

Les troubles de la miction sont des plus variables ; les mictions, plus fréquentes que normalement, reviennent à intervalles plus ou moins rapprochés. Les besoins se font sentir toutes les heures, toutes les demi-heures, quelquefois

toutes les dix minutes ; elles sont d'autant plus impérieuses que les lésions siègent au voisinage du col ; elles ne sont pas calmées par le repos au lit et persistent aussi bien la nuit que le jour.

Les douleurs sont constantes, occupent la région de la vessie ou du périnée ; elles irradient sur le trajet du canal de l'urèthre, arrivant parfois au méat ; d'autres fois, elles irradient vers le rectum, la région lombaire ou vers la racine des cuisses. Leur intensité est variable ; dans l'intervalle des mictions, la douleur est très atténuée ; elle consiste alors en une simple sensation de pesanteur à l'hypogastre, de gêne dans la marche ou la station assise, de brûlure au périnée ou à la vulve ; pendant la miction, la douleur s'éveille, augmente d'intensité, devient des plus violentes ; vers la fin, elle peut s'associer à une sensation de ténésme, à un vif besoin d'uriner, bien que la vessie soit vide.

Il s'installe quelquefois une rétention d'urine passagère et incomplète.

La capacité vésicale est plus ou moins diminuée suivant l'intensité de l'affection et souvent le malade ne peut supporter plus de soixante, quatre-vingts ou cent centimètres cubes d'eau, lorsqu'on remplit l'organe pour pratiquer la cystoscopie.

L'urine est généralement peu modifiée ; elle peut être un peu moins limpide que normalement ; elle est quelquefois légèrement teintée lorsque la miction se termine par l'émission de quelques gouttes de sang.

L'examen microscopique du culot de centrifugation décèle la présence de leucocytes en plus ou moins grand

nombre, au milieu desquels sont noyés des cellules épithéliales et des globules rouges ; pas de microbes ; l'existence du tréponème dans l'urine n'a pas été signalée.

Le plus souvent, l'état général est peu touché ; ce n'est que très rarement que l'on constate de l'amaigrissement, de l'anorexie, des céphalées et une légère ascension de la température.

L'examen du malade par les procédés ordinaires ne permet pas de soupçonner la nature de la lésion vésicale ; seule, la palpation combinée au toucher rectal chez l'homme, au toucher vaginal chez la femme, peut réveiller les phénomènes douloureux au niveau de la vessie.

Examen cystoscopique : Donne des renseignements précis sur le siège, le nombre, la dimension et la forme des lésions. Elles peuvent revêtir deux aspects différents : macules, ulcérations. Les macules sont des taches d'un rouge sombre, analogues à des éléments de roséole, disséminées sur une muqueuse hyperémiee ; ces lésions passent facilement inaperçues, car elles ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux.

Les ulcérations de la muqueuse vésicale sont en nombre variable : de 2 à 12 ; elles sont arrondies ou ovalaires et leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'un haricot. Elles siègent le plus souvent entre les orifices urétéraux, dans la région du trigone, mais on peut en rencontrer sur les autres parois de l'organe ; elles sont quelquefois disséminées ; généralement, elles se trouvent agglomérées, séparées par des interstices irréguliers ; leurs bords sont légèrement surélevés, leur fond est blanchâtre et elles reposent sur une muqueuse vésicale œdéma-

liée, hyperémiee, d'une couleur rouge sombre, au niveau de laquelle les vaisseaux très dilatés forment une saillie appréciable.

Les orifices urétéraux sont normaux ; le reste de la muqueuse est sain. L'examen des autres muqueuses et organes peut déceler la présence de lésions secondaires sur lesquelles nous n'insisterons pas ; mais il ne faut pas oublier que les lésions vésicales peuvent évoluer indépendamment de toute autre manifestation syphilitique.

B. — *Syphilis tertiaire*

Les manifestations de la syphilis tertiaire ne présentent, elles aussi, aucun caractère spécifique ; elles évoluent comme toutes les tumeurs vésicales et le diagnostic de processus gommeux n'est possible que s'il existe des antécédents et si l'examen cystoscopique décèle la présence de lésions particulières.

Le début est quelquefois insidieux ; il se fait alors par des troubles légers de la miction, des douleurs fugaces et passagères, des modifications à peine sensibles de la coloration des urines ; mais bien plus souvent que les phénomènes de cystite, l'hématurie inattendue et soudaine en est le premier signe révélateur.

L'hématurie peut être le seul symptôme pendant toute la durée de la maladie ; c'est un phénomène pour ainsi dire constant. (Elle faisait complètement défaut dans une des observations que nous avons recueillies.)

Elle présente certains caractères spéciaux ; elle survient spontanément, le malade s'apercevant qu'il rend brusque-

ment une urine rouge ; la miction n'est ni difficile, ni douloureuse ; exceptionnellement, un caillot obstruant le col peut amener une rétention d'urine complète et passagère. Ni le repos, ni la position couchée ne l'arrêtent ou ne l'atténuent ; elle persiste pendant plusieurs jours, quelquefois plusieurs semaines, puis peu à peu l'urine s'éclaircit et tout rentre dans l'ordre.

Les hématuries reparaissent à intervalles plus ou moins rapprochés, tous les mois, tous les deux mois, et elles varient chaque fois en abondance ; dans les cas graves, l'urine ressemble à du sang pur et, par le repos, elle laisse déposer au fond du vase une épaisse couche brun-noirâtre.

Les hématuries augmentent avec la durée de la maladie ; les accès se rapprochent au fur et à mesure que la lésion s'aggrave et l'écoulement de sang peut devenir continu.

Les hématuries peuvent s'accompagner de pyurie, surtout dans les périodes avancées de l'affection : l'urine ne présente aucune modification dans sa constitution chimique, mais, en plus des globules rouges, elle renferme alors de nombreux leucocytes plus ou moins dégénérés, des cellules épithéliales, une quantité plus ou moins considérable de mucus ; les microbes banaux qu'elle contient quelquefois sont le fait d'une infection secondaire.

La douleur est un phénomène inconstant ; quand elle existe, elle présente les mêmes localisations et les mêmes irradiations que celle de la syphilis secondaire : elle peut être atroce, forçant le malade à s'agiter continuellement et à chercher une position qui puisse lui apporter un léger soulagement. Moins accentuée dans l'intervalle des mictions, elle redouble quand la miction touche à sa fin, sur-

tout si la tumeur occupe la région du trigone et du col vésical, et elle s'accompagne parfois d'envies impérieuses d'uriner, bien que la vessie soit vide.

L'introduction d'eau dans la vessie avant la cystoscopie peut être douloureuse au point d'empêcher tout examen, surtout si elle est faite brusquement, et il est quelquefois nécessaire de faire auparavant une injection de morphine au malade.

L'atteinte de l'état général plus ou moins prononcée dépend de l'abondance de l'hémorragie, de la pyurie, du siège de la lésion, du nombre et de la dimension des néoformations. Quelquefois, la perte de sang peut être telle que les malades arrivent, en quelques semaines, à un degré très avancé de pâleur, d'affaiblissement et de cachexie ; mais, d'une façon générale, il y a un contraste frappant entre l'intensité des phénomènes vésicaux et la conservation de l'état général.

L'examen abdominal ne donne généralement pas de renseignements ; dans une des observations signalées (Obs. VII), où il s'agissait d'une gomme volumineuse du sommet et de la paroi antérieure de la vessie, il existait, au-dessus du pubis, une voussure assez prononcée qui s'affaissait un peu après la miction ; le palper hypogastrique pratiqué au-dessus de la symphise, en déprimant lentement et profondément la région, permettait également de la percevoir.

De même, on peut reconnaître, par le toucher vaginal ou le toucher rectal, la présence d'une néoformation vésicale qui se traduit par des irrégularités, des changements de consistance, des modifications d'épaisseur de la paroi de l'organe.

Examen cystoscopique : Donne quelquefois d'emblée peu de résultats, soit qu'une hémorragie tenace empêche la clarification de la cavité vésicale, soit qu'il existe des caillots abondants cachant les lésions de la muqueuse. Dans ce cas, il faut d'abord vider la vessie du sang et des caillots et il est quelquefois nécessaire de faire deux ou trois tentatives pour obtenir des renseignements suffisants.

Les lésions vésicales de la syphilis tertiaire, vues au cystoscope, se présentent sous deux aspects différents :

Tantôt et le plus souvent, ce sont des ulcérations résultant de la fonte centrale de gommes de la paroi ;

Tantôt, ce sont des lésions papillomateuses.

Les ulcérations présentent des caractères particuliers : leur nombre varie de une à trois : elles sont arrondies ou ovalaires, plus ou moins étendues, et certaines peuvent atteindre les dimensions d'une pièce de un franc ; elles sont surélevées sur la muqueuse et font saillie dans la cavité vésicale. Les bords sont déchiquetés, taillés à pic et le fond déprimé présente une teinte blanchâtre ; sur ce fond, on voit quelquefois deux ou trois petites saillies rouges, à l'extrémité desquelles le sang s'écoule ; d'autres fois, la surface en est entièrement recouverte d'une matière gommeuse adhérente ; si l'on essaie de la détacher avec le bec du cystoscope, on y arrive difficilement en provoquant presque toujours une petite hémorragie.

Autour de l'ulcération, la muqueuse hyperémiée et œdématisée présente une teinte rouge sombre, quelquefois livide, qui tranche sur la teinte rosée qui existe partout ailleurs et, à ce niveau, les vaisseaux injectés forment une forte saillie et décrivent des sinuosités plus nombreuses que normalement.

Les lésions papillomateuses de la syphilis tertiaire sont très rares. (Obs. XIII). Les tumeurs papillaires sont souvent au nombre de deux ou trois ; elles ont le volume d'un pois ou d'une noisette et sont directement implantées sur la muqueuse ; la surface en est lisse, gris rosé, parcourue de petits vaisseaux dilatés.

Les deux lésions : ulcération, tumeur papillaire, peuvent coexister ; elles reposent, dans ce cas, l'une sur l'autre.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION

Les lésions de la syphilis secondaire, abandonnées à elles-mêmes, évoluent lentement, sans tendance à la guérison ; elles sont superficielles, ne gagnent pas dans la profondeur ; elles s'améliorent rapidement sous l'influence du traitement et les cicatrices blanchâtres disparaissent elles-mêmes au bout d'un mois ou deux.

Les lésions tertiaires ne présentent, elles aussi, aucune tendance spontanée à la cicatrisation ; elles peuvent s'étendre et gagner de plus en plus en surface ; en général, elles évoluent plutôt vers la profondeur ; elles entament d'abord la musculieuse, puis la séreuse, et si l'on n'intervient pas à temps, elles arrivent à perforer complètement la paroi vésicale. Du côté du péritoine, si le processus ulcératif a été rapide, des adhérences n'ont pas eu le temps de se former ; c'est la péritonite généralisée et la mort à brève échéance ; si la perforation s'est faite lentement, des phénomènes inflammatoires se sont produits : l'intestin s'est fixé contre la vessie et on assiste alors à la formation d'une fistule vésico-intestinale.

Si la lésion siège à la face inférieure, elle peut donner une fistule vésico-vaginale ou vésico-rectale.

Les fistules vésico-intestinales se traduisent par les phénomènes habituels : les mictions se font en partie par l'urèthre, en partie par l'anus ; dans ce cas, il faut pratiquer prudemment l'examen cystoscopique, car si l'on introduit brusquement le liquide dans la vessie, une contraction vésicale immédiate le chasse dans l'intestin.

Lorsque le malade est soumis au traitement, les phénomènes vésicaux disparaissent, les hématuries sont de moins en moins abondantes, l'état général s'améliore rapidement, les forces reviennent et la pâleur des muqueuses s'atténue ; les lésions vésicales diminuent, les ulcérations se rétrécissent et se comblent, les tumeurs papillaires s'affaissent et se flétrissent et, au bout de quelques semaines, il ne reste plus que des cicatrices blanchâtres, rigides, tranchant sur la souplesse des parties saines de la muqueuse.

Ces cicatrices sont d'autant plus persistantes que les lésions étaient plus profondes et on a pu les retrouver six mois, un an après la guérison.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

« Les affections syphilitiques des organes internes ne présentent rien de spécifique ; ce fait est cause qu'ils sont si souvent longuement examinés et on doit toujours avoir en vue l'hypothèse d'une affection syphilitique. » Cette proposition de Fournier s'applique à la vessie plus qu'à tout autre organe.

Les phénomènes subjectifs par lesquels la syphilis de la vessie se manifeste, pris séparément, sont insuffisants pour permettre le diagnostic ; en se groupant, ils forment, au contraire, un faisceau de présomptions et, pour poser le diagnostic de syphilis, il suffit généralement d'y penser.

Ce diagnostic repose sur :

1° Les phénomènes subjectifs : douleurs, hématuries, pyurie ;

2° Le caractère des lésions de la muqueuse ;

3° Les modifications insignifiantes des urines et surtout l'absence complète de microbes. (On n'a jamais recherché

le tréponème dans l'urine, il est vraisemblable qu'il doit s'y trouver, tout au moins dans les cas de syphilis secondaire) ;

4° L'état général relativement satisfaisant ne concordant pas avec les phénomènes locaux plus ou moins graves ;

5° La connaissance d'antécédents de syphilis ;

6° La coïncidence de lésions spécifiques d'autres organes.

Quand ces deux dernières conditions manquent, on doit confirmer le diagnostic par la réaction de Wassermann et l'épreuve du traitement mercuriel.

Les lésions syphilitiques secondaires de la vessie peuvent quelquefois être difficilement distinguées des cystites aiguës ou chroniques dont elles présentent les symptômes.

La cystite aiguë se traduit, à l'examen cystoscopique, par des plaques irrégulières d'un rouge sombre dans lesquelles on ne peut plus distinguer les vaisseaux sanguins qui, à leur périphérie, apparaissent fortement dilatés.

Ces plaques, qui tranchent sur le fond blanc rosé des parties restées saines, peuvent s'étendre à toute la vessie ou rester localisées de préférence autour du col et du bas-fond ; sur elles, on aperçoit des grumeaux blanchâtres, en partie adhérents à la muqueuse, en partie libres et nageant dans le liquide ; ce sont les produits de suppuration et de desquamation de la paroi.

Dans la cystite chronique, les ulcérations siègent surtout au niveau du col ; partout ailleurs, la paroi vésicale est parsemée de taches violacées, noirâtres, ecchymotiques, reposant sur une muqueuse d'un gris ardoisé, livide en certains points, et recouverte d'un magna purulent jaunâtre ou verdâtre.

Dans les différentes cystites, les urines contiennent une

grande quantité de microbes : microbes banaux, staphylocoques, gonocoques, coli-bacilles.

Les phénomènes subjectifs : douleurs, modifications des mictions, hématuries, provoqués par les lésions tertiaires de la vessie, ont pu être pris pour des symptômes de prostatite compliquée de cystite ; certaines formes d'hypertrophie de la prostate peuvent donner les mêmes réactions : il suffit d'un examen attentif (toucher rectal, cathétérisme), pour éliminer ces affections.

Le diagnostic des ulcérations syphilitiques est surtout à faire avec les ulcérations de la tuberculose et avec certaines formes de lésions malignes ; celui de tumeur papillaire avec les papillomes banaux.

Les ulcérations tuberculeuses, tantôt uniques et larges, tantôt multiples et petites, ont des bords irréguliers et découpés : leur fond est gris verdâtre, couvert d'une couche purulente, et elles s'accompagnent de cystite plus ou moins tardivement. De plus, l'hématurie n'est jamais très abondante : les urines contiennent des bacilles de Koch dont on peut déceler la présence soit par l'examen microscopique, soit par la méthode expérimentale et il coexiste le plus souvent des lésions bacillaires du rein, des vésicules séminales ou d'un organe voisin.

Les ulcérations néoplasiques sont rarement localisées et, tout autour, la paroi vésicale est infiltrée et indurée ; les lésions sont beaucoup moins régulières, l'atteinte de l'état général est beaucoup plus forte, l'évolution plus rapide, la cachexie plus précoce.

Enfin les papillomes ne présentent macroscopiquement aucun caractère distinctif des tumeurs papillaires, d'ori-

gine syphilitique, et c'est pour cette raison que Asch a pu recommander, dans les cas de papillomes, la recherche des antécédents du malade et, s'il y a le moindre doute, la réaction de Wassermann et l'épreuve du traitement mercuriel.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Les lésions syphilitiques de la vessie ne se laissent pas influencer par les différents traitements que l'on a coutume d'employer pour combattre les affections banales de l'organe ; il suffit, pour s'en rendre compte, de parcourir les observations reproduites plus loin.

Les douleurs de la syphilis vésicale sont tenaces et les injections de morphine ne les calment que momentanément ; elles reparaissent aussi violentes, dès que l'influence du médicament ne se fait plus sentir ; les bains chauds ne les atténuent pas.

Les hématuries sont rebelles ; elles ne sont pas influencées par les injections d'ergotine.

Le traitement général, diète lactée, urotropine, bleu de méthylène, et le traitement local, cathétérisme, lavages de la vessie avec des solutions faibles de nitrate d'argent ou avec de l'eau boricuée à 4 ‰, ne procurent aucune amélioration.

Le seul traitement de la syphilis vésicale est le traitement mercuriel.

Les frictions mercurielles sont très en faveur en Allemagne ; il est préférable de recourir aux injections de sels solubles dont l'action est beaucoup plus rapide.

C'est au traitement mixte, association de mercure et d'iodure, que l'on doit recourir contre les processus gommeux de la paroi vésicale. Dans tous les cas, les résultats sont merveilleux ; les ulcérations secondaires, superficielles, disparaissent en huit à quinze jours ; les lésions gommeuses mettent plus longtemps à se combler : mais il est rare qu'au bout d'un mois elles n'aient pas complètement disparu.

On ne doit y adjoindre le traitement local (lavages) que dans les cas longtemps méconnus, ou une infection secondaire est venue se surajouter aux lésions primitives.

CHAPITRE VIII

LES LÉSIONS VÉSICALES DANS LES AFFECTIONS PARASYPHILITIQUES (Paralysie générale — Tabès)

Au cours des affections que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de parasyphilitiques et qui englobent la paralysie générale et le tabès, on rencontre fréquemment des phénomènes vésicaux, qui sont sous l'influence du système nerveux central et sur lesquels la syphilis semble n'avoir qu'une action indirecte.

Les affections vésicales du tabès en particulier, ont une importance toute spéciale, car on les trouve non seulement dans le tabès constitué mais aussi dans les premières périodes de cette affection spinale. C'est un signe précoce et cela a été reconnu depuis longtemps. Les phénomènes vésicaux ont suffi bien souvent à éveiller l'attention vers le système nerveux ; depuis quelques années, les examens cystoscopiques ont montré que ces phénomènes coïncidaient presque toujours avec des changements d'aspect de la muqueuse vésicale et ce sont ces modifications locales que nous allons signaler rapidement.

Les lésions vésicales se manifestent presque toujours par des douleurs et des troubles de la miction.

Les douleurs siègent dans la région lombaire, irradiant vers les deux côtés de l'abdomen et vers la vessie ; elles sont le plus souvent continues avec des poussées d'exacerbation.

Les troubles de la miction se traduisent par des envies fréquentes d'uriner (quinze, vingt fois en vingt-quatre heures), et par de l'incontinence. L'incontinence peut être permanente ; le plus souvent la nuit, et quelquefois le jour, au moment où le malade éprouve une envie d'uriner qu'il ne peut satisfaire, quelques gouttes d'urine s'écoulent, et cette incontinence partielle, intermittente, serait d'après Fournier, des plus caractéristiques.

Il existe quelquefois de la rétention urinaire.

L'urine est claire, sauf au cas d'infection surajoutée.

Examen cystoscopique : montre en premier lieu une rougeur prononcée et une tuméfaction de la muqueuse vésicale, surtout au niveau du col, et cet aspect de la muqueuse a été interprété comme le résultat de la congestion succédant aux efforts fréquents, faits par le malade ;

Les orifices urétéraux sont rigides, n'ont plus leur action rythmique uniforme ; l'urine ne jaillit plus par saccades, mais coule d'une façon continue ; dans certains cas leur rigidité est moins prononcée et leur contraction est seulement paresseuse.

Le ligament interurétéral est plus ou moins hypertrophié et à son niveau existe une vascularisation intense.

La muqueuse enfin est semée de trabécules s'étalant en arborisations de plus en plus fines et serrées que Koll com-

pare aux muscles papillaires du cœur ; les trabécules n'existent jamais sur la ligne médiane et occupent les parois latérales du bas-fond vésical.

Même en l'absence de tout autre symptôme, certains auteurs considèrent comme pathognomonique, cette triade :

Rigidité des orifices urétéraux.

Hypertrophie du ligament interurétéral.

Trabécules latéraux.

Malheureusement l'image vésicale n'est pas toujours aussi nette ; lorsque le malade a été sondé un certain temps avant d'être examiné, il a pu se développer une infection ascendante des organes urinaires et la muqueuse ne montre alors que des lésions banales de cystite.

Le traitement des lésions vésicales du tabès paraît *à priori* impuissant. Néanmoins le traitement mixte (mercure et iodure) a quelquefois amené une amélioration passagère ; on en a signalé la guérison complète, c'est là un fait des plus rares.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

A. — *Syphilis secondaire*

Observation I. — (TARNOWSKY). — L'enfant, âgé de 4 ans, fut infecté à la bouche par sa nourrice. L'affection fut prise tout d'abord pour des scrofulides, puis pour de l'eczéma impétigineux, etc., et traitée comme telle. Aucune amélioration ne se manifestant et l'état s'aggravant de plus en plus, l'enfant fut apporté à l'hôpital.

A ce moment, le corps était littéralement couvert de papules humides alternant avec des pustules echtymateuses. La cavité buccale et les parois pharyngiennes étaient parsemées d'ulcérations et de plaques muqueuses, séparées par des fissures profondes.

L'état général était très mauvais : amaigrissement extrême, respiration difficile, anorexie complète.

On le mit au traitement mercuriel : lotions au sublimé et frictions avec la pommade au calomel.

Le quatrième jour de son entrée à l'hôpital, on remarqua qu'à chaque miction l'enfant était extrêmement agité et se plaignait de douleurs aux parties génitales. En l'examinant on constata que le prépuce était très tuméfié et très enflammé et l'urèthre était induré et douloureux à la palpation. A l'ouverture de la

poche préputiale, il s'écoula un liquide jaune verdâtre purulent.

On fit alors, sans aucun résultat d'ailleurs, des injections avec une infusion de camomille et avec une solution faible de nitrate d'argent.

Bientôt l'état général devint mauvais, la diarrhée apparut, la respiration fut difficile et la mort survint le onzième jour de son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on constata que la muqueuse de l'urèthre et une partie de la muqueuse vésicale étaient couvertes d'ulcérations syphilitiques superficielles. Le pharynx et la gorge étaient parsemés de plaques muqueuses ulcérées, le foie était syphilitique.

Cette observation recueillie en 1862 et publiée dix ans plus tard, est un bel exemple de syphilis à évolution rapide ; tandis que le chancre existait encore dans la bouche, la plupart des organes étaient envahis ; de plus, il n'y a pas lieu de douter de la nature spécifique des lésions vésicales que plusieurs auteurs n'ont pas voulu admettre : il s'agissait bien là d'ulcérations secondaires de l'urèthre et de la vessie.

Observation II. — (FENWICK). — Post Mortem Records des London Hospital 1879. — Un jeune homme de 23 ans entre à l'hôpital de Londres pour une plaie à laquelle il succomba. A l'autopsie on trouva, en outre, un chancre induré de la verge, de l'adénite inguinale et lombaire. La muqueuse vésicale était parsemée de papules élevées ressemblant à des condylomes.

Observation bien incomplète au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Observation III. — (NEUMANN). — Relation d'autopsie d'une femme de 44 ans. La muqueuse vésicale était parsemée de

nodules blanchâtres, arrondis, surélevés ; ils étaient très nombreux, tantôt disséminés, tantôt groupés.

Neumann en faisait un cas de gommes syphilitiques de la vessie. Asch, se basant sur la description de la muqueuse et sur la planche qui l'accompagne, croit qu'il s'agissait plutôt de lésions papillomateuses de la période secondaire ; cette dernière opinion nous semblerait plus admissible, si toutefois l'origine syphilitique des lésions vésicales était certaine ; mais aucun renseignement ne permet de l'affirmer.

Observation IV. — (ASCH.). — En juin 1908, se présente chez moi une femme âgée de 28 ans qui avait eu, il y a un an, une gonorrhée ; l'écoulement a duré trois mois et a disparu tout à fait. Quand l'écoulement a tari, sont apparues, d'abord insignifiantes, puis de plus en plus fortes, des douleurs vésicales. La malade devait uriner toutes les deux ou trois heures ; la miction était douloureuse vers la fin et l'urine était trouble. Depuis deux mois, les douleurs ont considérablement augmenté, le besoin d'uriner se faisant sentir toutes les demi-heures dans la journée ; les douleurs et envies d'uriner étaient si fortes la nuit, que la malade se levait trois ou quatre fois.

L'état général était fortement atteint : anorexie, amaigrissement, céphalées fréquentes. Les médecins qui l'ont soignée diagnostiquèrent une cystite blennorrhagique et la traitèrent par les balsamiques et les lavages au nitrate d'argent sans aucun résultat.

A son arrivée chez moi, la malade présentait tous les signes d'une cystite violente. Les besoins d'uriner se faisaient sentir toutes les demi-heures et la nuit toutes les dix minutes. Il existait une strangurie violente et douloureuse, et à la fin de la miction apparaissaient quelques gouttes de sang au milieu des gémissements.

Je pensais d'abord à la tuberculose, étant donnés les violents phénomènes d'irritation du côté de la vessie, l'hématurie terminale et l'amaigrissement considérable de la malade. Le poumon ne présentait rien de suspect.

J'essayais tout d'abord de calmer la vessie et d'augmenter sa capacité par l'antipyrine, les suppositoires de morphine, le repos au lit et la diète.

L'examen bactériologique de l'urine, l'expérimentation sur l'animal montrèrent l'absence de bacilles tuberculeux ; l'ensemencement ne donna aucun résultat : pas de gonocoques, pas de bactérium coli, pas de microbes pathogènes.

Au bout de cinq jours, la capacité vésicale était montée à 60 centimètres cubes. J'ai pratiqué, après avoir fait une injection sous-cutanée de morphine, une exploration cystoscopique.

La muqueuse vésicale était fortement tuméfiée dans toute son étendue, rouge, et sur elle se trouvaient environ douze pertes de substance de la muqueuse, superficielles, rondes et allongées, avec des interstices irréguliers, avec des bords légèrement surélevés et un fond blanchâtre.

Elles avaient tout à fait l'aspect de plaques syphilitiques comme on a coutume de les trouver dans la bouche au moment de la période secondaire. Les orifices urétéraux ne présentaient rien de spécial.

Les ganglions inguinaux étaient durs, douloureux des deux côtés.

Interrogée, la malade dit avoir eu, il y a quinze mois, un petit abcès sur la lèvre gauche, guéri par le traitement local, et n'avoir eu depuis aucune lésion.

Je prescrivis un traitement par les frictions mercurielles.

Pendant la première semaine, les douleurs semblèrent s'accroître ; était-ce l'irritation produite par la cystoscopie ou un phénomène réactionnel causé par le traitement lui-même ?

Au bout de quinze jours, en revanche, les douleurs ont diminué notablement ; l'urine était facilement retenue ; l'état général s'améliorait et au bout d'un mois la malade était considérable-

ment changée. Elle avait, depuis le commencement du traitement, grossi de quatorze livres ; elle pouvait garder l'urine deux ou trois heures dans la journée et ne se levait plus que deux fois la nuit.

L'urine était devenue presque limpide et ne contenait plus que de rares hématies et quelques leucocytes.

Après quatre semaines de traitement, la cystoscopie me permet de voir, dans une vessie bien dilatée, une muqueuse encore un peu rougeâtre avec des taches isolées, petites et blanchâtres.

Au bout de six semaines, la muqueuse vésicale était normale et l'état général étant des plus satisfaisant, je pus interrompre le traitement.

Un an après, je revis la malade ; son état de santé était parfait ; l'urine était limpide et l'examen cystoscopique me montra une vessie normale.

Je conseillai le traitement mercuriel intermittent.

Il s'agissait là de lésions syphilitiques, du même ordre que les plaques buccales ou vulvaires de la période secondaire.

Observation V. — (PERESCHIWKIN). — Ivan D..., âgé de 28 ans, a contracté la syphilis en 1907. En août 1907, il se présente à l'hôpital avec les lésions suivantes : angine et ulcérations de la gorge, papules végétantes de la verge, papules anales, exanthème papuleux sur tout le corps ; alopécie syphilitique. Adénite inguinale, cervicale et cubitale.

Il n'a jamais eu de blennorragie, mais il se plaint, en outre, de douleurs dans le bas-ventre au moment de la miction et de fréquentes envies d'uriner.

L'urine, examinée au microscope, ne contient pas de gonocoques, mais beaucoup de leucocytes.

Examen cystoscopique : la muqueuse vésicale est normale, à l'exception du fond de la vessie qui est œdémateux et hyperémié ; à l'orifice de l'uretère gauche siègent plusieurs ulcérations à

bords élevés et infiltrés et dont le fond est très rouge ; les orifices urétéraux sont normaux.

La coïncidence des autres lésions permet de supposer que les ulcérations de la muqueuse étaient d'origine syphilitique.

On met le malade au traitement mercuriel. Après sept injections de salicylate de mercure, les douleurs vésicales ont disparu et la muqueuse était redevenue normale.

Observation VI. — (PERESCHIWKIN). — Michel M..., 27 ans, a présenté un chancre syphilitique en septembre 1907 et n'a suivi aucun traitement.

Au début de novembre il entre à l'hôpital ; il présente des plaques muqueuses de la bouche, des papules végétantes anales, des lésions de la gorge, une roséole papuleuse et une adénopathie généralisée.

Il avait eu une blennorragie sept ans auparavant.

Comme il se plaint de fréquentes envies d'uriner, on examine ses urines qui contiennent un grand nombre de leucocytes, mais pas de microbes.

On pratique alors l'examen cystoscopique qui montre, dans la région du sommet, sept petites ulcérations à bords infiltrés, reposant sur une muqueuse hyperémisée et injectée.

Sept injections de salicylate de mercure font disparaître les envies fréquentes d'uriner et les douleurs à la miction.

On pratique un nouvel examen cystoscopique : la muqueuse vésicale est redevenue normale.

Observation VII. — (PERESCHIWKIN). — Ivan S... contracte la syphilis en octobre 1910 et ne fait aucun traitement. En décembre, il présente des plaques muqueuses de la bouche, des ulcérations de la gorge, des papules végétantes anales et scrotales, une roséole et de l'adénopathie généralisée ; il se plaint d'envies fréquentes d'uriner, la miction est douloureuse. L'urine, trouble, contient une grande quantité de leucocytes, quelques hématies et des cellules épithéliales desquamées.

Examen cystoscopique : les vaisseaux de la muqueuse sont fortement injectés ; le sphincter de la vessie est œdématié ; sur la muqueuse, surtout vers le fond de la vessie, il existe un semis d'ulcérations de forme et de dimensions variables, en partie à bords infiltrés, en partie à bords plats ; les orifices urétéraux sont peu œdématiés.

On met le malade au traitement mercuriel.

Après trois injections, la miction est devenue moins douloureuse, et l'envie d'uriner est moins fréquente.

Après dix injections, les phénomènes douloureux ont disparu ; l'urine contient encore de rares leucocytes ; la muqueuse vésicale est redevenue normale.

Observation VIII. — (MUCHARINSKY). — Le 11 novembre 1909, X... se présente à l'institut de la Grande-Duchesse Hélène Pawlowna et se plaint d'une rétention d'urine durant depuis quinze jours ; des cathétérismes répétés permettaient seuls d'évacuer l'urine.

Cinq ans plus tôt, le malade avait eu une blennorrhagie qui avait guéri sans laisser de traces.

En 1908, il présente un chancre induré, suivi de roséole. Traitement mercuriel, une série d'injections.

En octobre 1909, nouvelle blennorrhagie.

Etat actuel : on ne constate aucun phénomène objectif ; pas d'écoulement uréthral ; ganglions peu perceptibles.

Le malade présente des envies impérieuses d'uriner environ toutes les heures, aussi bien le jour que la nuit et n'évacue, chaque fois, que quelques gouttes d'urine au milieu de grandes douleurs.

Les lobes de la prostate sont un peu gros et durs ; on passe librement dans l'urèthre et le cathétérisme permet de recueillir une urine trouble, contenant des flocons et des filaments.

Examen cystoscopique : Le lobe moyen de la prostate bombe assez fort dans la vessie ; le col vésical et la région du trigone présentent une coloration rouge bleuâtre diffuse.

Au fond de la vessie, siège une ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ; les bords en sont déchiquetés et très hyperémiés.

On fait des cathétérismes et des lavages de la vessie deux fois par jour ; capacité vésicale : 600 centimètres cubes.

Le 16 novembre, traitement ioduré.

Le 28 novembre, la rétention d'urine persiste (elle dure depuis trente-cinq jours). On commence le traitement mercuriel (salicylate).

Le 2 décembre, le malade rend spontanément jusque 100 centimètres cubes d'urine. Deuxième injection mercurielle.

Le 5 décembre, le malade urine seul ; l'urine, transparente, contient des filaments. La prostate a diminué de volume ; après son massage l'urine devient trouble.

Le 7 décembre, examen cystoscopique. Le lobe moyen est toujours gros, l'ulcération de la muqueuse vésicale est plus petite et s'est affaïssée.

Le 9 décembre, quatrième injection de mercure. A l'examen cystoscopique le lobe moyen de la prostate est plus petit, l'hypérémie de la muqueuse vésicale a presque disparu, l'ulcération de la muqueuse s'est notablement améliorée.

Le 8 janvier 1910, l'écoulement d'urine se fait normalement. L'urine est transparente. Le lobe moyen de la prostate est encore gros ; la muqueuse est normale. Au niveau où siégeait l'ulcération, elle présente une coloration plus pâle.

Mucharinsky envisage l'ulcération vésicale comme une lésion de syphilis secondaire et il fait remarquer son existence en dehors de toute autre manifestation spécifique.

S'agit-il vraiment de lésions de syphilis, ou n'existait-il pas simplement une lésion banale de la muqueuse par rétention urinaire ; il nous est impossible de conclure à sujet. L'observation est bien incomplète au point de vue clinique et il est difficile d'apprécier à leur juste valeur les

effets du traitement mercuriel puisqu'en même temps on avait pratiqué des lavages de la vessie et des massages de la prostate.

Dans les quelques observations qui précèdent et qui sont les seules que nous ayons pu réunir sur cette question des lésions secondaires de la vessie (Franck en possède cinq autres cas, dont deux ont été signalés au Congrès de Berlin mais qui ne sont pas encore publiés), l'attention des syphiligraphes avait été appelée du côté de cet organe, par l'existence de phénomènes subjectifs, douleurs, pyurie. Or, il était parfaitement admissible qu'il pouvait exister, au cours de la période secondaire, des lésions de la muqueuse, de peu d'intensité, ne se traduisant par aucune manifestation subjective. Aussi avons-nous pratiqué systématiquement l'examen cystoscopique chez une centaine de malades et nous avons pu nous rendre compte du bien fondé de cette hypothèse.

Chez plusieurs d'entre elles, nous avons constaté, sur la muqueuse vésicale, une vascularisation et une hyperémie plus intenses que normalement.

Chez l'une d'elles, il existait, sur la paroi postérieure de la vessie, toute une zone bien différenciée du reste de la muqueuse, beaucoup plus rouge, hyperémiée et parsemée de quatorze ou quinze taches rouge sombre. Nous croyons qu'il s'agissait, surtout dans ce dernier cas, d'un énanthème spécifique, d'autant plus que le traitement mercuriel en amena la disparition en quinze jours.

Chez une autre enfin, il existait de véritables ulcérations (Ob. IX).

Observation IX. — A. LÉVY BING et L. DURCEUX. — R... (Aimée),

agée de 28 ans, entre à Saint-Lazare, le 16 novembre 1912, dans le service du docteur Lévy Bing, pour des lésions généralisées de syphilis secondaire.

Le début de l'affection ne peut être fixé de façon précise ; depuis trois mois, la malade est atteinte d'érosions de la gorge et de la vulve, pour lesquelles elle n'a reçu aucun traitement.

Le 16 novembre, les piliers antérieurs du voile du palais et les deux amygdales sont très rouges, mais il n'y a pas de plaques muqueuses nettes ; la déglutition est légèrement douloureuse.

A la vulve, au niveau des grandes lèvres et sur la face interne des cuisses, se trouvent des papules surélevées, érosives et suintantes et les petites lèvres sont couvertes de plaques muqueuses érosives.

Sur le tronc, les bras et les cuisses, existe une roséole intense, à petits éléments disséminés ; les ganglions inguinaux sont hypertrophiés.

Le 18 novembre, examen cystoscopique : la vessie est moins tolérante que normalement, la malade accuse un vif besoin d'uriner après l'introduction de 100 centimètres cubes de liquide environ ; la muqueuse est normale au niveau du sommet et des parois latérales et postérieure ; l'orifice urétéral droit ne présente rien de particulier.

Entre la ligne médiane, l'orifice urétéral gauche et un peu au-dessous, il existe une large zone bien différenciée du reste de la muqueuse ; à ce niveau, la muqueuse, légèrement œdématiée, est hypérémiée ; elle est parcourue de nombreux vaisseaux injectés tranchant sur le fond rouge sombre de la région (fig. I.)

Sur ce placard sont disséminées dix petites ulcérations, les unes arrondies, les autres ovalaires ; le fond en est rosé, régulier, non saignant ; les bords, très minces, sont légèrement saillants, entourés d'un petit cercle concentrique pâle.

L'absence de tout phénomène subjectif au niveau de la vessie, la composition normale de l'urine qui ne contient pas de pus (l'examen microscopique ne décèle que des leucocytes et de rares globules sanguins), la coïncidence des autres lésions de la peau

et des muqueuses, le résultat positif de la réaction de Wassermann, font penser à des lésions d'origine syphilitique.

On met la malade au traitement mercuriel : benzoate de mercure, 0 gr. 02 par jour.

Le 26 novembre, sous l'influence du traitement, la gorge est redevenue normale ; les papules vulvaires ont subi une grosse amélioration ; les plaques muqueuses sont cicatrisées. La roséole a presque complètement disparu ; il ne reste plus que quelques éléments peu visibles au niveau du tronc.

Examen cystoscopique : la vessie est beaucoup moins sensible et la malade tolère facilement l'introduction de 200 centimètres cubes de liquide ; la zone rouge sombre a presque disparu et se différencie difficilement du reste de la muqueuse ; les vaisseaux sont revenus à leurs dimensions normales. Les ulcérations sont cicatrisées, plusieurs sans laisser de traces ; au niveau de trois d'entre elles, il persiste encore des cicatrices pâles, légèrement déprimées.

Le 29 novembre, nouvel examen cystoscopique : la muqueuse vésicale est redevenue normale.

B. — *Syphilis tertiaire*

Observation I. — (MORGAGNI). — « Senis peregrini cadaver ibidem per eosdem ferme dies incidi, cujus qui fuissent cœteri morbi, in meis schedis non adnotavi. Venerea lue fuisse infectum pariter ac juvenem de quo modo dictum est, quæ adscribam satis ostendent. — Ventre enim aperto, cum renum alterum maximum, alterum justo contractiorem offendissem, hujusque ureterem prope totum adeo dilatatum, est apicem minimi mei digiti admitteret, vesicam autem magnam, crassis parietibus, purulentam ; oculos ad urethram, penemque converti. Hujus glans pluribus profundis cicatricibus excavata : urethra autem erat valde contracta, ut vix unum in ipsa ex iis qui supra dicta sunt, canaliculis potuerim demonstrare.

Reliqua ab naturæ statu aberrare, non sunt visa, nisi quod

epiglottis integerrima non erat, proxima autem linguæ pars quæ glauduli operta est, hic illis ulcusculis feodabatur. »

Dans son traité *De sedibus et causis morborum per anathomen indagatis*, Morgagni rapporte plusieurs observations de lésions vésicales découvertes à l'autopsie et qu'il attribue à la syphilis. Seule, l'observation signalée plus haut nous a semblé pouvoir être considérée comme telle. L'auteur posa le diagnostic de « vérole de la vessie » en se basant sur la coexistence de cicatrices du gland, d'ulcérations de la langue et de lésions de l'épiglotte.

Cette observation a surtout un caractère historique. A Morgagni revient l'honneur d'avoir pensé le premier à la possibilité d'existence de la syphilis vésicale ; la question après lui retombe dans l'oubli, et il faut parcourir presque tout un siècle avant d'en découvrir une nouvelle observation.

Observation II. — (FOLLIN) (Présentée à la Société de biologie, 1849.) — « La vessie d'une femme présentait sur la muqueuse une douzaine de petites tumeurs larges comme une lentille, s'élevant d'un millimètre à la surface interne de la vessie et présentant une véritable ressemblance avec les tubercules muqueux qui se manifestent sur les grandes lèvres de la vulve.

La nature syphilitique de ces productions paraît d'autant plus permise que la femme avait le voile du palais et la voûte palatine détruits par une affection syphilitique et que le foie présentait, en outre, la dégénérescence particulière décrite par M. Gluber comme propre à cette maladie. »

Observation III. — (RICORD). — Bois..., 52 ans. Entre à l'hôpital des Vénériens, le 2 avril 1836, salle 2, n° 13. La première affection vénérienne dont ce malade ait été atteint, fut contractée à l'âge

de 19 ans ; peu de jours après des rapports sexuels avec une fille publique, une blennorragie uréthrale se montra et bientôt l'écoulement se produisit avec abondance. Les douleurs, en urinant, furent très vives d'abord, mais, sous l'influence du repos, de quelques bains, de tisanes rafraîchissantes et d'un régime sévère, les symptômes d'acuité disparurent et, vers le vingtième jour, il n'existait plus qu'un suintement qui ne tarda pas à se supprimer.

Quelques années plus tard, le malade eut encore deux blennorragies dont il ne peut préciser les époques, mais ce qu'il affirme c'est que le repos, les tisanes et le régime suffirent pour obtenir une guérison complète dans un laps de temps qui ne dépassa pas un mois pour la plus longue durée.

Depuis dix-huit ans au moins, B... jouissait d'une très bonne santé et ses organes génitaux étaient demeurés parfaitement intègres, bien qu'il s'exposât fréquemment à des relations suspectes, lorsqu'il y a deux mois environ, un dernier écoulement fut contracté.

Il y eut d'abord un léger suintement uréthral et très peu de cuisson en urinant, mais progressivement la maladie s'accrut, l'écoulement prit une teinte verdâtre et devint très abondant.

On ne fit aucun traitement actif et comme pour les affections antérieures, des tisanes rafraîchissantes furent administrées.

Les phénomènes de vive acuité persistèrent sans modifications pendant près de quinze jours. Enfin, depuis trois jours, il y avait un peu moins de douleurs, lorsque survint une épididymite droite. Cette dernière complication durait depuis huit jours, lors de l'entrée du malade à l'hôpital. On constata aussi la présence d'une hydrocèle à l'état aigu que l'on traita par la ponction seulement.

Le 3 avril, on applique vingt-cinq sangsues sur le trajet du cordon testiculaire et des cataplasmes sur le scrotum ; tisanes rafraîchissantes, lavement avec 60 grammes de sulfate de magnésie, diète.

Le 6 avril, on remarque un peu de diminution dans le volume

de la tumeur, mais la douleur, qui avait disparu presque immédiatement après la ponction (à l'aide de laquelle on avait soustrait le testicule à la pression opérée par le liquide renfermé dans la tunique vaginale), est revenue, à peu de choses près, aussi intense avec un nouvel épanchement.

On pratique une nouvelle ponction et le liquide est évacué ; on applique vingt sangsues sur le trajet du cordon testiculaire.

L'écoulement blennorrhœide persiste toujours sans modifications.

Même régime.

On continue l'usage de la tisane et les applications de cataplasmes. Le 10, la tunique vaginale est distendue pour la troisième fois par un épanchement de sérosité.

On se décide, malgré la persistance de l'état aigu, à injecter une infusion vineuse de roses de Provins. Le malade n'accuse pas trop de douleurs pendant l'opération. On suspend les applications de cataplasmes sur les bourses. On continue la tisane ; le malade prend des bouillons et des soupes.

Le 12, il y a un peu de tension à la tunique vaginale, mais peu de douleurs.

Le 20, l'hydrocèle a complètement disparu. Le volume de l'épididyme est notablement diminué, il n'y a plus de douleur.

L'écoulement blennorrhœide est toujours très abondant et paraît souvent mêlé de stries sanguinolentes ; le mélange du sang à la matière purulente verdâtre est surtout remarqué par le malade lorsqu'il lui arrive de faire des efforts pour aller à la garde-robe. On continue l'usage des boissons rafraichissantes.

Le 24, il reste encore de la dureté à l'épididyme, mais la diminution de volume paraît se faire avec régularité. On inocule le pus de l'écoulement uréthral sur la cuisse gauche du malade ; on donne 24 grammes de cubèbe par jour.

Le régime alimentaire est porté à la demi-portion.

Le 30, l'inoculation du pus de l'urèthre a fourni la pustule caractéristique. On la cautérise avec le nitrate d'argent ; on

suspend le cubèbe et on donne la potion de Chopart. Même régime.

Le 10 mai, la cautérisation pratiquée sur la pustule a réussi et l'escarre qui s'est détachée depuis trois jours a laissé une plaie simple, rose et qui offre des bourgeons charnus de bonne nature.

La matière fournie par l'urèthre est toujours abondante ; on continue le copahu. Même régime.

Le 14 juin, il ne reste aucune trace de l'épididymite ; mais bien que l'on ait continué l'usage du copahu, que les voies digestives du malade ont assez bien supporté pour qu'il n'ait été nécessaire de le suspendre que pendant trois jours, on a fort peu modifié l'écoulement.

C'est dans cet état que B... est forcé de sortir de l'hôpital pour affaires.

Le 21 juin, le malade rentre à l'hôpital, salle 3, n° 2.

Depuis trois jours, à la suite de plusieurs courses qui ont amené beaucoup de fatigue, il est survenu une épididymite à

La tunique vaginale est très distendue et comme lorsque l'affection avait son siège à droite, la compression occasionnée par l'épanchement fait éprouver de très vives douleurs.

On pratique la ponction à l'aide d'un bistouri ; on introduit une mèche de charpie fine jusque dans la tunique vaginale, afin de prévenir une nouvelle accumulation de sérosité.

On applique vingt sangsues sur le trajet du cordon testiculaire gauche.

Le 23, une assez notable quantité de sérosité s'est écoulée par l'ouverture de la tunique vaginale. On ne place plus de mèche.

Le cubèbe est repris à la dose de 24 grammes par jour. Même régime.

Le 26, l'épididymite paraît en voie de guérison ; il y a peu de douleur. L'ouverture à travers laquelle on avait introduit une mèche dans la tunique vaginale est cicatrisée et l'épanchement séreux n'a pas reparu.

L'écoulement blennorrhéoïde est toujours très abondant et, de temps à autre, paraît sanguinolent ; on continue le cubèbe.

On remarque dans les urines quelques filets de pus qui se rassemblent et forment au fond du bocal un dépôt blanc verdâtre.

Le malade paraît très inquiet ; il maigrit beaucoup et se plaint de sueurs nocturnes.

Même régime.

Le 29, on suspend l'usage du cubèbe et l'on donne la potion de Chopart à la dose de trois cuillerées par jour.

Le 10 juillet, on suspend toute médication, l'écoulement urétral continuant à faire des progrès et le malade étant dans un état de marasme qui depuis quelques jours s'accroît.

L'urine est de plus en plus mêlée de pus.

Depuis quelques jours, le testicule gauche est devenu très sensible, et l'épididyme tuméfié donne au toucher une sensation de fluctuation évidente.

Il y a inappétence presque complète.

Le 20 juillet, les garde-robes n'ayant pas eu lieu depuis quatre jours, on donne un lavement avec 60 grammes de sulfate de magnésie qui, dans la soirée, a amené une petite quantité de matières très fétides.

La prostration va toujours croissant, les sueurs nocturnes persistent. Les urines continuent de déposer une grande quantité de matières purulentes.

Le malade s'affaiblit de jour en jour et succombe le 4 août.

Autopsie. — L'urètre et la vessie ayant été ouverts par la partie supérieure, on reconnut que le canal urinaire était détruit dans toute la portion membraneuse, ainsi que dans une partie de la région prostatique et que les tissus se trouvaient creusés de profondes ulcérations ayant tous les caractères de l'ulcère primitif phagédénique ; la prostate était profondément entamée ; en avant, un lambeau de l'urètre adhérent par sa base, détaché des parties sous-jacentes, arrondi et hypertrophié flottait dans le pus ; en arrière existait aussi un lambeau plus large, dur et

épais. A l'intérieur de la vessie on trouva plusieurs ulcérations arrondies, à bords taillés à pic, offrant les caractères de l'ulcère syphilitique primitif et ayant détruit toute l'épaisseur de la muqueuse. Parmi ces ulcérations, la plupart à la période de progrès, on en voyait quelques-unes presque cicatrisées, et vers le trigone vésical quelques légères dépressions à surface lisse, blanchâtre, indiquant des cicatrices.

La vésicule séminale gauche offrait, à l'intérieur, un foyer purulent ; sa partie moyenne était détruite et communiquait avec le tissu cellulaire ambiant par des ouvertures arrondies à bords nettement tranchés. Du même côté le conduit éjaculateur et le canal déférent étaient ulcérés et pleins de pus et formaient un foyer purulent continu avec l'épididyme suppuré dont il ne restait, en quelque sorte, que l'enveloppe.

Le pus avait même déjà entamé le testicule à la surface duquel on voyait plusieurs brides ou fausses membranes établissant de nombreuses adhérences entre les deux feuillets de la tunique vaginale ; on n'avait pratiqué cependant, comme nous l'avons dit plus haut, qu'une simple ponction palliative.

La vésicule séminale droite était saine ainsi que le testicule correspondant sur lequel l'injection vineuse avait amené l'adhérence complète des deux feuillets de la tunique vaginale.

Les autres organes ne possédaient rien de particulier à noter.

En terminant, il est important de rappeler que les antiphlogistiques et les balsamiques avaient été seuls employés et que le malade n'avait jamais fait usage d'injections et n'avait pas été sondé.

Observation IV. — (RICORD). — Bourd..., âgé de 18 ans, doreur, entré le 16 août, salle 7, n° 30.

Peu de jours après des relations suspectes, le malade s'était aperçu de la présence d'un chancre, siégeant sur la couronne du gland, près du frein ; aucun traitement ne fut opposé aux progrès de l'ulcère qui s'étendit de proche en proche.

Le méat urinaire était rouge et tuméfié ; il s'en échappa

d'abord un peu de matière sanguinolente, puis du pus dont la quantité augmenta progressivement de manière à offrir l'apparence d'un écoulement blennorrhagique abondant. Il y eut des douleurs assez vives pendant l'émission d'urine.

A la suite d'un travail forcé et de quelques excès auxquels Bourd... s'était livré, le prépuce, déjà étroit, devint œdémateux et il s'établit un phimosis qui força le malade à se présenter dans un hôpital. On voulut pratiquer le débridement par la partie inférieure, mais la division porta sur le côté et les bords de la plaie inoculés par le pus virulent, s'ulcérèrent et devinrent durs et épais. La maladie fit des progrès rapides, malgré divers traitements ; la totalité de la couronne du gland s'ulcéra et les lèvres du méat urinaire furent détruites par un chancre.

N'obtenant pas d'amélioration dans son état, B... retourne chez lui, mais, peu de jours après, il vient se présenter à la consultation de M. Ricord.

Admis dans la salle 7, n° 30, B... paraît très faible par suite d'un extrême amaigrissement. Cependant, les fonctions digestives s'exécutent régulièrement. Il y a un peu de toux et la poitrine offre seulement un peu de matité vers la partie supérieure du pœumon droit, sans que la respiration soit notablement altérée ; on ne remarque sur la peau aucune trace d'éruption syphilitique.

La couronne du gland, le méat urinaire et les bords de la division résultant de l'opération du phimosis sont ulcérés et présentent les caractères extérieurs du chancre à la période de progrès. L'écoulement est abondant, légèrement sanieux ; l'émission de l'urine est très douloureuse, surtout vers la fin, et les dernières gouttes de liquide entraînent quelques filets de sang. Le passage des matières fécales occasionne de la douleur vers le col vésical.

On inocule la matière de l'écoulement urétral sur la cuisse gauche ; le troisième jour la pustule est formée. On cautérise profondément avec le nitrate d'argent, on panse les ulcérations avec une solution concentrée d'opium.

Le 4 septembre, l'état aigu persiste ; il y a toujours beaucoup de douleurs ; la pustule de la cuisse a été détruite par cautérisation. On panse avec la pommade au calomel et l'opium.

Le 20 septembre, le malade se plaint d'incontinence d'urine ; le ténesme vésical qu'il éprouvait depuis quelque temps est un peu plus supportable ; l'amaigrissement va toujours croissant ; la faiblesse est extrême, il y a du dégoût pour les aliments.

Pendant les mois d'octobre et de novembre la maladie s'est constamment aggravée, l'urine filtre continuellement ; enfin, il se déclare une diarrhée opiniâtre. M. Ricord attribue l'incontinence à des ulcérations qui auraient gagné le col vésical.

Dans les premiers jours de décembre, l'état du malade s'aggrave. Le marasme fait des progrès rapides et la mort survient le 20 décembre.

Autopsie. — L'urèthre et la vessie ayant été divisés par la partie supérieure, on reconnut que l'ulcération du méat urinaire s'étendait à 7 millimètres de profondeur dans l'urèthre. Plus en arrière, à 3 centimètres, une autre ulcération oblongue de 12 millimètres de longueur, sur 5 millimètres de largeur, avait détruit toute l'épaisseur de la muqueuse.

Les régions membraneuse et prostatique, le col de la vessie et la prostate elle-même sont le siège d'une vaste ulcération ayant tous les caractères du chancre phagédénique, offrant çà et là des enfoncements arrondis et à bords taillés à pic.

Il reste à peine de traces du col vésical ; les lobes latéraux de la prostate sont remplacés par deux vastes excavations irrégulières communiquant entre elles au-dessous d'une languette formée par un lambeau de muqueuse hypertrophiée.

La cavité vésicale est diminuée de moitié ; la muqueuse semble avoir disparu et se trouver remplacée par une surface mamelonnée, résultant d'une hypertrophie de bourgeons charnus sur une ulcération à la période de réparation ; les bords de la coupe qui divise perpendiculairement l'organe, offrent une épaisseur presque triple de celle qu'ils ont à l'état sain.

On voit à la couronne du gland une ulcération circulaire dont

quelques parties sont à la période de réparation ; le prépuce est un peu hypertrophié et les bords de la division pratiquée pour opérer le phimosis sont ulcérés ; le chancre du méat urinaire présente le même aspect.

On ne trouve pas d'autres lésions.

Ricord avait présenté ces deux observations sous le titre « Ulcères primitifs de l'urèthre et de la vessie avec écoulement blennorrhéoïde symptomatique ». Fidèle à ses théories, il pensait que le virus syphilitique localisé tout d'abord aux chancres de la verge, avait pu remonter peu à peu jusque dans la vessie, et donner naissance à de nouveaux accidents primitifs. Cette opinion de Ricord, admise plus tard par Kaposi, n'est plus soutenable aujourd'hui ; une inoculation aussi lointaine est impossible, le chancre de l'urèthre, assez rare d'ailleurs, ne siégeant jamais à plus de 5 à 6 centimètres du méat.

D'autres auteurs et Proksch en particulier, considèrent les lésions vésicales décrites plus haut, comme des lésions de syphilis secondaire ; or, à cette période de l'affection, les accidents évoluent plus tôt en surface, et jamais on n'a pu leur attribuer une action pareillement destructive.

Plus rationnelle est l'opinion de Asch. Pour lui, il s'agissait plutôt d'accidents de syphilis précoce maligne ; l'apparition et l'envahissement rapide des lésions, la formation de nouvelles gommès qui en s'éliminant se transformaient en ulcérations, l'atteinte profonde de l'état général, l'insuccès du traitement, tout plaide en faveur de cette dernière hypothèse.

C'est celle que nous admettons nous-même en ce qui concerne le second malade de Ricord.

Dans le premier cas, s'agissait-il de syphilis, s'agissait-il au contraire de lésions tuberculeuses comme le veut Noguès, c'est un point sur lequel rien ne nous permet de conclure d'une façon formelle. Néanmoins l'aspect des ulcérations de l'urèthre et de la vessie, l'allure clinique de l'affection, et surtout les lésions suppuratives de la vésicule séminale, du canal déférent et du testicule du côté gauche, semblent plutôt le fait d'une infection bacillaire.

Observation V. — (VIRCHOW). — Ulcérations syphilitiques de la vessie et de l'urèthre.

Femme souffrant depuis quinze ans d'ozène syphilitique et de violentes douleurs ostéocopes. Elle fut longtemps traitée par les frictions mercurielles.

Dans les dernières années de sa vie, avec une destruction considérable du nez et du pharynx, elle présenta des crises hépatiques et de la diarrhée et, vers la fin, de l'incontinence d'urine. Elle succomba à l'âge de 54 ans.

Autopsie. — Le corps est très émacié et présente des traces d'infiltration légère dans le tissu cellulaire sous-cutané ; il présente également çà et là des ecchymoses de la peau.

La vessie est fortement rétrécie et l'enveloppe séreuse est recouverte d'un grand nombre de fibromes occupant la paroi antérieure de l'utérus. Dans la vessie on constate la présence d'une petite quantité d'urine d'une odeur infecte, d'une couleur blanchâtre et mélangée à des flocons glaireux.

La muqueuse vésicale est très hyperémisée et presque toute sa surface est recouverte de glandes ulcérées, entourées d'un cercle bleu ardoise ; dans la direction du col vésical, la muqueuse présente des ecchymoses disposées çà et là. Par places, on voit de petites ulcérations ; la région où se trouve l'embouchure des uretères présente une saillie bombée, légèrement arrondie, et la muqueuse des uretères est tuméfiée et rouge.

A l'extrémité du col de la vessie, on voit saillir sur la muqueuse

une bande de 3 millimètres de large sur $\frac{1}{3}$ de millimètre de long, siégeant à l'orifice de l'urèthre qui est très diminué de longueur et sur lequel on constate un tissu blanchâtre, recouvert de cicatrices indurées ; sur la superficie de cette bande, on voit un lacis veineux allant du col de la vessie jusque dans le canal de l'urèthre ; l'extrémité externe, d'aspect gélatineux, est gonflée et enflammée, et, à son point de réunion avec la muqueuse du vagin, elle présente un grand nombre de petites tumeurs d'une coloration blanc jaunâtre. A la coupe, elles présentent une certaine dureté et sous le microscope elles sont formées d'un tissu très compact, parsemé de granulations que l'acide acétique ne parvient pas à éclaircir. Il existe une grande quantité de petits tubercules mamelonnés recouverts presque exclusivement de tissu vasculaire.

Observation VI. — (VIDAL DE CASSIS). — C... entre, le 18 mars 1852, dans le service de M. Vidal.

Agé de 26 ans, C..., de constitution des plus robustes, a présenté, trois ans auparavant, un chancre dans la rainure du gland, au voisinage du frein. Guérison en quatre mois sans traitement spécial, pas d'accidents consécutifs. La cicatrice du chancre était lisse et souple comme les parties environnantes ; pas d'adénopathie inguinale ni cervicale.

C... contracta, il y a dix-huit mois, une blennorragie. Pendant son cours, pas de rétention, pas de douleurs au périnée. Il eut bientôt une orchite droite qui guérit en quinze jours ; la blennorragie dura trois mois.

Au commencement de février 1852 et quinze jours après un coït suspect, apparut un écoulement urétral. L'écoulement était très peu abondant, l'urine était rendue sans beaucoup de souffrance. C... n'a pas remarqué s'il avait, à cette époque, des ganglions engorgés.

Un officier de santé lui prescrivit une potion et des injections ; le traitement fut très irrégulièrement suivi ; le malade abandonna même au bout de cinq ou six jours et se remit à vivre

comme à l'habitude, buvant beaucoup et travaillant peut-être plus qu'à l'ordinaire. L'écoulement était peu abondant, le malade souffrait peu et ne portait pas de suspensoir.

Cela dura jusqu'au 14 mars 1852.

Déjà, le 13, le malade avait éprouvé des difficultés d'uriner ; mais le 14, il fut pris de céphalalgie intense, de douleurs violentes dans les flancs. L'urine était rendue difficilement, son émission suivie d'un peu de sang ; ténesme continuel, anorexie, bouche amère, soif vive.

Le 15, les envies d'uriner étaient plus impérieuses ; mictions de plus en plus difficiles, légères douleurs à la région épigastrique, crachats striés de bile ; cet état s'aggrava les jours suivants et le malade entra à l'hôpital le 18 mars 1852.

Le 18, la marche est difficile ; il vient en voiture et on est obligé de le soutenir pour le faire monter dans la salle ; chaque mouvement, dit-il, augmente ses douleurs qui sont à la région des flancs.

Depuis trois jours, il n'a rendu que quelques gouttes d'urine ; le teint est un peu décoloré, la face exprime la souffrance. Les douleurs de tête et des flancs sont très vives ; l'abdomen est légèrement distendu ; on trouve de la matité jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic, au-dessus est une résonnance tympanique.

Le pouls est faible, fréquent ; la langue est légèrement visqueuse ; la soif est vive. Le malade rend de temps en temps quelques gorgées de bile, la respiration est un peu accélérée.

Le prépuce, rouge, gonflé, ne permet de découvrir le méat qu'avec difficulté. Sur la partie du méat qui est contiguë au frein, on trouve un chancre ignoré du malade, porté sur une base un peu dure. La surface de l'ulcération est peu étendue, elle se prolonge dans le canal de 2 ou 3 millimètres.

Un peu de mucopus est interposé entre les lèvres du méat. En pressant sur l'urèthre, on n'en augmente pas la quantité.

Par le toucher rectal, on constate que la prostate est un peu développée ; les ganglions de l'aîne sont un peu engorgés (le

malade ne saurait dire depuis quelle époque), le gland est rouge comme le prépuce.

Le méat, très étroit, ne laisse pas passer une sonde en argent de calibre ordinaire ; une petite sonde en caoutchouc, un peu plus grosse qu'une plume de corbeau, introduite sans mandrin, passe avec facilité. La douleur est peu vive ; un demi-litre d'urine est ainsi évacué. L'écoulement d'urine s'arrête, la sonde étant obstruée. Une deuxième sonde de même nature, introduite également sans mandrin, éprouve au méat quelque difficulté, puis passe facilement. Elle donne issue à un litre à peu près d'urine bourbeuse très foncée, exhalant une odeur ammoniacale très prononcée ; l'urine est sortie par jet.

En retirant la sonde on sent qu'elle est assez fortement pressée dans le canal.

Après le cathétérisme, quelques gouttes de sang apparaissent à l'entrée du canal.

Quelques heures plus tard, je tente une nouvelle introduction de la sonde ; elle s'arrête au niveau du bulbe. Un large cataplasme est appliqué au périnée.

Le soir, le malade se sent mieux ; il a uriné seul ; le ventre n'a pas diminué ; l'état général est le même que le matin. On applique des cataplasmes laudanisés sur le ventre et le périnée.

Le 19, même état ; le toucher rectal fait reconnaître un développement de la prostate, développement peu considérable, portant sur les lobes latéraux, que l'on sent séparés par un petit sillon. Cet engorgement n'est pas douloureux à la pression, il n'y a pas de douleur au périnée.

Vidal débride le méat d'un coup de bistouri ; la sonde d'argent pénètre alors sans obstacle jusque dans la vessie ; un litre d'urine à peu près est évacué. Cataplasmes laudanisés, deux pots de sérum, vingt sangsues au périnée.

Le soir, on sonde facilement le malade ; la respiration est plus gênée que le matin, la fatigue plus grande ; l'urine a laissé déposer dans le vase un sédiment ayant l'aspect d'une poudre noirâtre.

Le 20, nuit très agitée ; le malade a été tourmenté par la soif ;

la face est un peu plus altérée qu'hier, le ventre plus développé ; les autres phénomènes n'ont pas augmenté d'intensité ; bains, cataplasmes laudanisés.

Le soir, les lèvres de la plaie produite par le débridement ont pris l'aspect d'un chancre. L'état du malade s'est beaucoup aggravé ; les yeux sont excavés, les pommettes sont saillantes ; le sillon naso-labial est très prononcé. Le pouls, petit, intermittent, donne 110 à 120 pulsations. Le ventre, médiocrement distendu, est à peine douloureux. Le malade est tourmenté par des vomissements bilieux.

Le 21, la nuit a été très mauvaise ; il y a eu du délire ; le pouls est très faible, intermittent : 130. Vomissements presque continuels de bile pure, soif vive, dyspnée croissante. Le ventre, ballonné, donne à la percussion une résonnance tympanique ; le malade s'agite continuellement dans son lit.

La sonde passe avec facilité ; elle évacue peu d'urine ; lorsqu'elle entre dans la vessie, elle semble fortement serrée par le col de cet organe et ses mouvements sont très limités.

Onctions sur l'abdomen avec 30 grammes d'onguent napolitain ; cataplasmes laudanisés.

Le soir, le malade est un peu mieux ; il a pu uriner sans le secours de la sonde.

Le 22, l'amélioration légère qui existait la veille n'a pas persisté. Déclin violent pendant la nuit, respiration anxieuse, altération croissante des traits, pouls filiforme, très fréquent, vomissements bilieux continuels.

Les poumons sont parfaitement sonores, excepté en arrière, le long des gouttières pulmonaires, où le son est un peu voilé, et où l'on entend quelques bulles de râles muqueux.

Les parois abdominales, toujours distendues, sont un peu douloureuses à la pression ; les douleurs dans les flancs sont très vives. Cathétérismes, bains, onctions, cataplasmes.

Le soir, le pouls est presque insaisissable, la face a une teinte jaune, les traits sont fortement tendus, les lèvres sèches, la langue visqueuse ; les flancs sont toujours très douloureux,

surtout à la pression ; les extrémités sont froides, la sonde donne issue à quelques cuillerées d'urine.

Le 23, le malade a eu du délire toute la nuit ; carphologie continuelle ; la sonde donne issue à une très petite quantité d'urine. Quarante sangsues sur l'abdomen, bains, cataplasmes.

Vers midi, le ventre s'est affaissé un peu, les yeux sont convulsés, les lèvres violacées, les extrémités froides.

Mort à quatre heures.

Autopsie (quarante heures après la mort). — Les parois abdominales incisées au-dessous de l'ombilic, horizontalement, sont infiltrées d'un liquide rouge brun et notablement ramollies. Toutes les circonvolutions intestinales adhèrent par des fausses membranes gélatineuses.

La vessie adhère aux parois de l'abdomen ; elle remonte à quelques centimètres au-dessus du pubis. Sa surface externe est fortement violacée.

On divise l'urèthre dans sa longueur par la paroi supérieure ; la symphyse du pubis est écartée.

La prostate est divisée du côté du pubis et la vessie ouverte par la paroi antérieure. Elle contient peu d'urine.

L'intérieur est généralement rouge, surtout au trigone. A la partie latérale droite de la vessie est une ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes ; cette ulcération entame toute l'épaisseur de l'organe ; au fond sont des fausses membranes perforées elles-mêmes en deux ou trois points, par lesquels la vessie communique avec l'abdomen.

Les bords de cette perforation sont nettement coupés, arrondis, formant une espèce de bourrelet entouré d'un cercle vasculaire très développé ; sur ce bourrelet se voient de petites taches blanches, irrégulières, qui semblent être sous-muqueuses et un peu dures comme des végétations naissantes ; elles se trouvent disséminées sur toute la surface interne de la vessie, mais en moins grand nombre qu'autour de la perforation.

La prostate est un peu développée ; chaque lobe a le volume d'une petite noix, son tissu est fortement injecté.

L'urèthre est sain ; au méat on voit le chancre ; le testicule est sain.

Les parties molles du petit bassin sont ramollies et infiltrées d'urine ; dans l'abdomen on retrouve les traces d'une péritonite violente. Epanchement séro-purulent, fausses membranes en quantité ; elles recouvrent tous les organes.

Le rein ne présente rien de remarquable.

Le foie est congestionné ; la rate, très friable, est presque réduite en bouillie.

Les ganglions inguinaux et cervicaux, rouges, sont médiocrement gonflés.

Il s'agissait donc là d'une péritonite généralisée consécutive à une perforation de la paroi vésicale.

Au sujet de la nature de cette ulcération, Vidal envisage successivement trois hypothèses :

La perforation traumatique au moment du cathétérisme,
Le chancre de la vessie,

La lésion banale de la muqueuse consécutive à la rétention urinaire.

Il élimine immédiatement la première, n'ayant employé pour évacuer l'urine qu'une sonde en gomme sans mandrin, impuissante à causer une telle perforation. D'ailleurs, les accidents abdominaux avaient débuté avant l'entrée du malade à l'hôpital et par conséquent avant toute exploration, et la lésion reproduite sur la planche qui accompagne l'observation, présente bien le caractère d'un processus ulcéreux.

Cette ulcération vésicale pouvait-elle être un accident
*syphilitique ?

Vidal rejette l'hypothèse de lésions banales de la muqueuse vésicale par rétention urinaire.

Se ralliant aux théories de Ricord qui alors faisaient loi, il considère l'ulcération de la vessie comme un ulcère primitif, un chancre dérivant de celui du méat, l'infection ayant été favorisée par le cathétérisme.

Cette hypothèse, parfaitement valable à une époque où les données sur la syphilis étaient bien erronées, n'est plus admissible maintenant et il faut chercher autre chose.

Il est évident que le chancre du méat empêchant l'émission de l'urine, provoquait une stase avec dilatation de la vessie, amincissement des parois et hyperémie de la muqueuse. On peut donc admettre que dans ce cas étaient créés une prédisposition particulière de l'organe, un lieu de moindre résistance, et il est possible que des accidents secondaires précoces, se localisant à ce niveau, aient amené la perforation de la paroi amincie et troublée dans sa nutrition. L'existence d'autres plaques disséminées sur toute la muqueuse plaiderait en faveur de cette opinion.

Nous pouvons aussi nous demander si l'accident du méat et l'ulcération vésicale n'étaient pas un accident de syphilis tertiaire, car trois ans auparavant le malade avait présenté un chancre de la verge de nature indéterminée, qui avait laissé sur le gland une cicatrice blanchâtre et lisse.

Observation VII. — (GRIWZOW). — X..., femme de 42 ans, se présenta chez moi, au début de janvier 1895, se plaignant de douleurs à la miction.

Elle avait eu, à vingt ans, une pneumonie, puis elle fit du rhumatisme articulaire aigu. A 32 ans, à la suite d'une angine,

apparut un érythème généralisé qui dura deux mois. On la traita, pendant cette période, avec des frictions mercurielles.

Dans les trois dernières années apparurent chez elle, sans cause appréciable, des troubles urinaires qui se manifestèrent par des envies impérieuses et fréquentes d'uriner, des douleurs au moment de la miction et parfois même de la rétention d'urine.

Les médecins diagnostiquèrent un catarrhe chronique de la vessie et firent, pendant deux ans et demi, le traitement local habituel sans obtenir aucun résultat.

C'est alors que je l'examinai.

Les organes génitaux ne présentaient rien de particulier.

La palpation de l'abdomen réveillait, au-dessus de l'arcade du pubis, une douleur légère irradiant vers le périnée.

La palpation et la percussion permettaient de sentir, à deux doigts au-dessus de l'arcade, une tumeur assez résistante, compacte, sphéroïdale, qui était perçue facilement par le toucher vaginal.

Après la miction, la tumeur s'affaissait un peu.

L'urine était trouble, de couleur brun rouge, et laissait déposer un abondant précipité.

L'examen microscopique montra qu'elle contenait de nombreuses cellules épithéliales, une quantité considérable de mucus, quelques éléments de pus, des leucocytes dégénérés, des hématies peu modifiées et des cristaux d'urates et de phosphates en petite quantité. La réaction de l'urine était légèrement alcaline ; il n'y avait pas de gonocoques.

L'exploration à la sonde donna un résultat négatif.

Repoussant l'hypothèse de la tuberculose, en raison de la conservation de l'état général malgré la longue durée de la maladie, et celle du carcinome, puisqu'il n'y avait pas de propagations, je diagnostiquai une cystite idiopathique.

Le traitement de la cystite chronique, pratiqué pendant trois mois, n'ayant donné aucun résultat, je refis un examen complet de la malade qui me donna des renseignements des plus importants.

Dans la partie droite du foie existaient quelques petites tubérosités compactes, résistantes, bien limitées, surtout au niveau du lobe droit du foie qui, augmenté de volume, dépassait le rebord costal de deux travers de doigts. Il existait des adhérences du foie à la paroi abdominale. Pas d'ascite, pas d'ictère. De temps en temps la malade était atteinte de douleurs dans la région hépatique, avec, quelquefois, des nausées, des vomissements, de la diarrhée.

Ces symptômes digestifs et hépatiques étaient apparus presque simultanément avec les troubles urinaires.

L'examen montra, en outre, que les ganglions étaient hypertrophiés, et sur la partie médiane de la lèvre inférieure existait une petite cicatrice infiltrée.

Ayant posé le diagnostic de lésions syphilitiques du foie, je fis à la malade des injections intramusculaires de salicylate de mercure à hautes doses et je lui ordonnai de l'iodure de potassium. Plus de traitement local.

Sous l'influence du traitement prolongé pendant dix mois, avec des interruptions, les phénomènes subjectifs, digestifs et hépatiques disparurent ; il se fit quelques modifications du côté du foie.

Après cinq mois de traitement, la malade a constaté une diminution des douleurs vésicales et des douleurs de la miction ; l'urine était plus claire ; la tumeur vésicale était plus petite et, au septième mois, tous les phénomènes vésicaux disparurent, l'urine était claire.

Dix mois après le commencement du traitement, l'urine ne contenait plus que quelques cellules épithéliales sans leucocytes et sans hématies ; la tumeur vésicale avait tout à fait disparu.

Observation VIII. — (GRIWZOW). — En mars 1896, vint me consulter un homme de 30 ans, pour une affection qui le déconcertait. Il lui était impossible d'allumer une cigarette, car à chaque respiration se produisait un chatouillement désagréable de la gorge et un éternuement qui surprenait les voisins. De

même, lorsqu'il buvait, le liquide, refluant dans le nez, retombait dans le verre et il en était très effrayé.

Le diagnostic était facile.

Le malade avait contracté, six ans auparavant, un chancre syphilitique, suivi deux mois après, d'une éruption généralisée.

Il fut mis au traitement mercuriel et reçut trente injections.

L'année suivante il fit une récidue au niveau des organes génitaux et fit une nouvelle cure antisypilitique.

Quatre ans après le chancre, en 1894, le malade nota l'apparition de troubles vésicaux qui furent considérés par le médecin comme des phénomènes de cystite.

Malgré différents traitements, on n'obtint pas la guérison. Il persista quelques troubles vésicaux, une petite douleur dans la région vésicale, des douleurs à la miction qui importunaient peu le malade. L'urine était très trouble et contenait un dépôt abondant.

Pendant les quatre dernières années, le malade n'avait fait aucun traitement antisypilitique. Il n'avait jamais eu de blennorrhagie.

Examen du malade : L'ulcération du palais osseux, petite, à bords nécrosés, avait perforé complètement la voûte et établi une communication naso-buccale. Adénopathie généralisée, petite, indolente.

Sur la muqueuse du prépuce existait une petite cicatrice décolorée.

Urine trouble, donnant un gros dépôt : un examen microscopique ne donna pas de résultat.

La palpation de la vessie réveillait quelques douleurs.

Je posai, en me basant sur les antécédents, le diagnostic de syphilis tertiaire du voile du palais, et je considérai la lésion vésicale comme d'origine syphilitique.

Après un traitement mercuriel de six mois, j'obtins non-seulement la guérison de la lésion buccale, mais aussi la disparition des phénomènes vésicaux.

Griwzow avait découvert d'une façon accidentelle, en se

basant sur la coexistence d'autres lésions et sur les résultats du traitement mercuriel, la nature des lésions vésicales et il avait porté le diagnostic de cystite syphilitique ; il s'agit bien, en effet, de lésions spécifiques de la muqueuse vésicale, mais le diagnostic de cystite nous paraît trop incomplet.

Il existait, à n'en pas douter, chez les deux malades, des lésions tertiaires de la muqueuse vésicale ; chez la première tout au moins, la tumeur abdominale débordant au-dessus de l'arcade du pubis, était une énorme gomme de la paroi vésicale, que le traitement mercuriel seul avait fait disparaître complètement.

Il est malheureusement regrettable que l'examen cystoscopique n'ait pas été fait.

Enfin l'auteur remarque avec raison, que les phénomènes vésicaux existaient chez le deuxième malade longtemps avant la lésion buccale, et que si l'on avait soupçonné leur nature véritable et fait le traitement habituel, non seulement ils auraient guéri plus vite, mais selon toute probabilité, la lésion du palais ne se serait pas constituée.

Observation IX. — (MATZENAUER). — Fille de 22 ans. Elle avait contracté la syphilis quatre ans plus tôt ; elle présentait des gommès de l'urèthre et de la vessie.

Le bourrelet uréthral du côté de la vessie était considérablement tuméfié ; l'orifice uréthral dilaté, infundibuliforme.

Sur la paroi superficielle de l'urèthre, on trouvait une ulcération superficielle, lardacée, avec des bords lisses, tranchants, taillés à pic, qui, à l'exploration endoscopique, atteignait l'orifice interne.

A l'examen cystoscopique on voyait le pli de passage couvert

de proliférations, tantôt largement étalées, tantôt allongées comme des villosités, et quelques-unes d'entre elles flottaient librement.

Un lambeau de végétation fut excisé et examiné histologiquement.

Le reste de la muqueuse vésicale était normal.

Cette observation malgré l'examen cystoscopique, n'est en aucune façon probante. Rien n'affirme la nature syphilitique de ces végétations papillomateuses ; l'auteur aurait dû compléter l'examen de sa malade en instituant le traitement mercuriel et en suivant son action à l'aide du cystoscope. Il se peut en effet, qu'à la suite de l'ulcération spécifique de l'urèthre, il se soit formé une stase et une hyperémie du col de la vessie, lésions qui suffisent à elles seules, à expliquer l'apparition de ces petits papillomes.

Observation X. — (CHYZELITZER). — Homme de 45 ans, qui m'était adressé avec le diagnostic de cystite.

Antécédents : Parents bien portants. A 18 ans, il fit une fièvre typhoïde ; deux ans plus tard il eut une blennorrhagie qui dura trois mois. (Traitement interne, et injections uréthrales). Il ressentit à la suite quelques douleurs vésicales irradiant dans le rectum ; les mictions étaient douloureuses.

A 25 ans, il eut un nouvel écoulement de pus, strié de sang ; les ganglions inguinaux étaient augmentés de volume ; on le soigna avec des frictions à l'onguent napolitain.

Cet écoulement dura très longtemps, puis il disparut pour revenir de nouveau, accompagné, cette fois, de grandes douleurs. Pendant longtemps on sentait, dans le canal urétral, une petite tumeur dure, très sensible.

A ce moment il se plaignait souvent de douleurs dans la gorge.

Il y a un an, après une nuit passée à boire, malgré une violente envie d'uriner, il ne put émettre une seule goutte d'urine et on

fut obligé de le sonder. Depuis ce temps il urinait très souvent, avec de grandes douleurs et, assez souvent, l'urine était sanguinolente. Il n'est plus aussi vigoureux et il est toujours triste.

Examen du malade : Homme fatigué ; les amygdales étaient rouges, crevassées⁶ ; la paroi postérieure du pharynx rouge et granuleuse, avec quelques petites papules.

Les ganglions inguinaux et axillaires étaient hypertrophiés.

Les organes génitaux étaient normaux ; la prostate, au toucher, était un peu augmentée de volume, dure et légèrement douloureuse à la pression ; le massage amenait l'émission d'une certaine quantité de liquide.

L'examen endoscopique du canal de l'urèthre montra une cicatrice longitudinale longue de cinq centimètres, mais sans rétrécissement.

L'examen de la vessie par le cathétérisme fut très douloureux et ne donna aucun résultat.

Le malade n'accepta pas la cystoscopie.

L'urine était trouble, légèrement acide, renfermait des traces d'albumine et un peu de sang. Pas de sucre. Pas d'indican. L'examen microscopique montra des cellules épithéliales et des microbes.

Examen négatif en ce qui concernait le gonocoque et le bacille de Koch.

Me basant sur l'examen des urines, les troubles subjectifs (envies fréquentes d'uriner, mictions douloureuses), je portais le diagnostic de cystite et prostatite catharrale, et j'instituai le traitement habituel (narcotiques, lavages de la vessie, cathétérismes, urotropine, bleu de méthylène, bains chauds, diète lactée).

Sous l'influence du traitement, l'urine devint plus claire, mais le ténesme persista. La prostate, traitée avec des suppositoires iodés, diminua de volume et devint beaucoup plus molle.

Je renvoyai le malade en lui donnant les instructions nécessaires.

Quelques semaines après, il vint de nouveau me trouver ; les

mêmes douleurs, le ténésme avaient reparu. L'urine était redevenue trouble ; l'exploration de la prostate ne montra rien de particulier.

Le testicule gauche était augmenté de volume ; il était couvert de petites tubérosités compactes, élastiques, tandis que l'épididyme était normal et formait un cordon mou en arrière de la tumeur testiculaire.

Le diagnostic de lésion syphilitique du testicule était appuyé par l'existence d'un psoriasis des deux paumes de la main.

J'instituai le traitement mixte, frictions mercurielles et iodure de potassium : 3 grammes.

Le résultat confirma le diagnostic.

Le testicule devint plus mou, reprit sa grosseur normale ; les douleurs vésicales diminuèrent sans traitement local, l'urine devint limpide, le ténésme disparut.

L'auteur remarquant la disparition tout à fait fortuite des phénomènes vésicaux, conclut qu'il s'agit là d'un processus gommeux de la muqueuse vésicale. Il semble bien qu'on puisse, malgré l'absence de cystoscopie, admettre sans réserves cette conclusion, en se basant sur l'insuccès du traitement local, et sur les résultats donnés par le traitement antisypilitique.

Observation XI. — (MAC GOWAN). — Malade âgé de 37 ans.

En 1894, le malade a eu une ulcération vénérienne qu'il soigna très peu de temps ; on soupçonna la syphilis, mais il n'eut jamais d'accidents secondaires.

En 1897, diarrhée opiniâtre qui ne céda à aucun traitement pendant plusieurs mois ; peu après apparut, sur la verge et les avant-bras, une éruption squameuse circonscrite. Sous l'influence d'application locales de calomel et d'injections sous-cutanées de sublimé, cette éruption disparut complètement peu à peu.

En janvier 1899, prostatite avec urines purulentes ; de temps à autre il avait des frissons.

En décembre 1899, malade anémié et très amaigri ; il se plaignait beaucoup de douleurs vésicales et d'envies fréquentes d'uriner ; bientôt après apparut une rétention incomplète d'urine. Le traitement par la dilatation d'un rétrécissement urétral, qu'il avait depuis longtemps, n'amena aucune amélioration des douleurs vésicales ; le traitement par l'urotropine et le santal ne donna aucun résultat ; les envies impérieuses d'uriner persistaient comme auparavant.

Vers la fin de décembre, on examina la prostate et les vésicules séminales, et on découvrit, sur le côté gauche, des nodosités, et en exerçant une pression on voyait apparaître du pus au méat.

A la fin de février 1900, l'urine, très acide, était très purulente.

On soupçonna pour la première fois la nature syphilitique de l'affection et on ordonna des frictions mercurielles.

Examen cystoscopique : L'orifice de l'uretère droit était plus déprimé, il avait l'aspect d'une fente allongée ; on voyait sourdre de cet orifice une urine chargée de flocons de pus. L'orifice urétéral gauche était normal. La paroi vésicale, dans sa partie postérieure, présentait un grand nombre de trabécules ; en arrière de l'orifice urétéral droit, on voyait un groupe d'ulcérations disposées en cercle ; ces ulcérations avaient des bords épais, infiltrés, à base déchiquetée, de laquelle pendaient des lambeaux de tissu sphacélé, mobiles dans le liquide qui emplissait la vessie. La limite du col vésical était irrégulière, avec des saillies causées par l'hypertrophie de la prostate.

En mars, on constata que la vésicule séminale gauche était pleine de pus, mêlé à des spermatozoïdes morts.

Le 17 mars : taille hypogastrique : dans le bas fond de la vessie, en arrière de l'orifice de l'uretère droit, on apercevait une vaste ulcération à bords déchiquetés, provenant manifestement de l'autre groupe d'ulcérations ; cette lésion était recouverte d'une escarre épaisse de coloration foncée ; sur les côtés on voyait des lambeaux de tissu sphacélé.

La muqueuse vésicale était tuméfiée ; la pression sur la prostate et la vésicule séminale gauche provoquait l'expulsion dans la vessie d'un liquide blanchâtre mélangé de squames.

L'ulcération fut grattée avec une curette tranchante ; ses bords furent réséqués avec des ciseaux et les lambeaux isolés furent excisés. On mit ensuite une sonde de De Pezzer dans la vessie.

Le traitement consécutif consista en lavages de la cavité vésicale avec une solution de sublimé au 100 millième, en massages de la prostate et de la vésicule séminale, injections sous-cutanées de sublimé et absorption d'iodure de potassium.

Au bout de quelque temps, on remplaça les injections de sublimé par les frictions mercurielles.

A la suite de ce traitement le malade se rétablit complètement. Il est en excellente santé depuis lors.

Cette observation est incomplète. Il existait, en effet, au début, une infection ascendante des voies urinaires allant jusqu'au bassin droit, dont l'auteur n'a pas recherché la cause.

Le rétrécissement urétral s'accompagnant de rétention d'urine, suffisait pour amener, en même temps qu'une stase et une dilatation vésicales, cette inflammation ascendante et favoriser la localisation, sur la muqueuse vésicale, d'ulcérations de nature syphilitique.

En outre, on peut reprocher à Mac Gowan d'avoir ouvert la vessie ; le diagnostic de lésions syphilitiques ne faisant aucun doute, il aurait dû uniquement traiter son malade avec le mercure et l'iodure comme il l'a fait plus tard. L'intervention ne lui a servi, en somme, qu'à confirmer les renseignements donnés par la cystoscopie.

Observation XII. — (HINDER). — Un homme de 55 ans, pâle et amaigri, présentait depuis neuf mois des troubles de la miction, besoins impérieux d'uriner, hématuries. Ces troubles augmentaient de plus en plus d'intensité.

Quelquefois se produisait une forte hématurie ; autrefois,

l'urine était claire, mais à la fin de la miction, elle était légèrement teintée par le sang, en même temps qu'existaient de petites douleurs et du ténesme.

L'examen cystoscopique montra, un peu en arrière de l'orifice urétéral droit, une grosse ulcération à bords tranchants, couverte de caillots de sang.

Il n'y avait pas d'antécédents spécifiques, mais il existait, sur les jambes, quelques cicatrices douteuses.

Le traitement par l'iodure de potassium, 2 gr. 5 par jour pendant dix jours, amena la disparition des hématuries et une régression de l'ulcération. Au bout de quatre semaines, les troubles urinaires avaient totalement disparu et l'ulcération était complètement cicatrisée.

Observation XIII. — (LE FUR). — Il s'agit d'un homme de 32 ans qui n'avait jamais présenté de blennorrhagie, mais avait eu, en revanche, la syphilis il y a huit ans, et s'était soigné très irrégulièrement.

Il y a deux ans, ce malade présenta une première hématurie totale, bientôt suivie de plusieurs autres, à intervalles irréguliers ; ces hématuries ne s'accompagnaient d'aucune douleur ni d'aucun symptôme vésical.

Il y a quelques mois, le malade me fut adressé par son médecin pour une hématurie, plus abondante que les précédentes, qui avait provoqué une rétention d'urine par formation de gros caillots dans la vessie ; l'aspiration des caillots arrêta immédiatement l'hémorragie, mais le malade avait dû certainement perdre beaucoup de sang, à en juger par ses muqueuses absolument décolorées.

Voici les résultats de l'examen que je pratiquai à ce moment : urines troubles, renfermant de nombreux globules de sang et leucocytes, mais aucun microbe.

Vessie à très bonne capacité vésicale ; reins non sentis ; prostate excessivement dure, bosselée, présentant surtout dans son lobe droit un noyau volumineux et très induré.

Bien qu'on pût penser, dans ce cas, à l'origine rénale des accidents, je les attribuai plutôt à la prostate, étant données les lésions bien nettement constatées de cette glande ; l'on sait, en effet, que certaines prostatites chroniques sont prises pour des pyélonéphrites à cause de l'hématurie et surtout du trouble réniforme des urines (bactériurie vésicale) qu'elles peuvent entraîner.

Mais le traitement ordinaire que j'emploie contre les prostatites chroniques, ne m'ayant donné aucun résultat, j'ai pratiqué la cystoscopie et je constatai, dans la région du trigone, un groupe de deux ou trois ulcérations, dont l'une était assez profonde, à bords déchiquetés, à fond grisâtre.

J'en conclus à une infection vésicale consécutive à la prostatite, et instituai le traitement par les lavages vésicaux au nitrate d'argent.

Ceux-ci n'amènèrent aucune amélioration ; les urines restaient toujours aussi troubles ; l'urine charriait de temps en temps des grumeaux purulents et de petits caillots sanguins.

C'est devant l'échec de ces différents traitements que je pensai à l'origine syphilitique possible des accidents, d'autant plus qu'il survint une poussée de plaques muqueuses dans la gorge. Le traitement spécifique immédiatement institué amena une guérison rapide et complète ; les urines s'éclaircirent bientôt ; le sang disparut totalement des urines ; la prostate s'assouplit, ses noyaux disparurent.

La cystoscopie pratiquée quelque temps après montra, à la place des anciennes ulcérations, des cicatrices blanchâtres et gaufrées.

Observation XIV. — (MARGOULIÈS). — La malade, R..., âgée de 41 ans, se présenta, dans le service des maladies génito-urinaires, le 29 juin 1900. Elle se plaignait d'avoir beaucoup de sang dans son urine et ressentait une douleur dans la moitié gauche du ventre et l'hypochondre gauche.

Commémoratifs. — La malade a toujours joui d'une bonne

santé ; elle n'a jamais eu la moindre maladie dans son enfance. Elle a été réglée à l'âge de 15 ans, régulièrement. Elle se maria à 25 ans et eut quatre enfants ; il y a quelques années, elle fit une fausse couche de sept mois, mais n'eut aucun accident consécutif.

Il y a environ un an, la malade s'aperçut un matin que l'urine émise avait une coloration rouge sang et, consécutivement, elle éprouva une douleur modérée dans l'hypochondre gauche.

Cette hématurie dura deux jours et disparut ensuite. Au bout de deux ou trois mois, nouvelle hématurie ; trois ou quatre mois après, l'urine est de nouveau sanglante et ainsi de suite.

Ces hématuries devinrent graduellement de plus en plus fréquentes et leur durée devenait plus longue, jusqu'à atteindre huit jours. En même temps, des douleurs de l'hypochondre gauche s'irradièrent jusque dans la vessie.

Pendant deux ou trois mois, l'urine présenta toujours une coloration nettement sanguinolente et il n'y eut pas, dans tout ce laps de temps, un seul jour sans hématurie. Les envies d'uriner étaient de plus en plus fréquentes ; cette circonstance, en même temps que les souffrances qu'elle endurait, lui firent rechercher les avis d'un médecin ; mais ses hématuries ne cessant pas, elle dut entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — La malade est d'une constitution moyenne ; la couche graisseuse sous-cutanée est assez bien développée. Les muqueuses apparentes sont normales ; sur la peau des jambes, on voit de chaque côté des cicatrices blanchâtres, de forme arrondie et de petites dimensions.

Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume ; les organes thoraciques et abdominaux sont normaux.

Les organes génitaux externes et internes ne présentent rien de particulier ; le rein gauche est douloureux à la pression.

L'examen de la vessie fit faire les constatations suivantes : le cathétérisme du canal de l'urèthre n'est pas douloureux ; l'urine qui s'écoule par la sonde est fortement colorée par le sang ; à première vue on dirait du sang pur. La capacité vésicale est normale.

L'analyse de l'urine ne fit rien découvrir d'anormal ; l'examen microscopique montre une quantité notable de globules rouges et quelques leucocytes.

La quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures est normale.

L'hématurie présentant les caractères d'une hématurie vésicale, je pratiquai un examen cystoscopique : orifices urétéraux normaux et laissant s'écouler une urine limpide. Sur le bas-fond de la vessie, un peu en dehors de l'orifice urétéral gauche, existait un néoplasme formé de trois tumeurs, chacune de la grosseur d'une fève. Ces trois excroissances étaient très rapprochées l'une de l'autre, et les côtés tournés vers le sommet de la vessie étaient recouverts d'un feuilletage très visible.

Tout autour de ces tumeurs, la muqueuse vésicale était légèrement hypérémisée, partout ailleurs elle était normale.

Croyant avoir affaire à un cancer de la vessie, je proposai à la malade l'excision de la tumeur et la résection d'une portion de la vessie.

En présence de la gravité de l'opération proposée, la malade demanda à réfléchir quelque temps et ajourna sa réponse jusqu'à ce qu'elle ait reçu l'autorisation de son mari, ce qui pouvait demander deux semaines.

En attendant, comme tous les traitements essayés jusque-là n'avaient donné aucun résultat, et comme la malade, qui avait fait précédemment une fausse couche, présentait une adénopathie inguinale et des cicatrices rayonnées sur les jambes, l'idée me vint d'essayer par hasard un traitement par l'iodure de potassium, qui de toute façon ne présentait aucun danger.

Je soumis alors la malade au traitement avec 2 grammes d'iodure de potassium, mais sans faire aucun traitement local.

Trois jours après, je fis un second examen cystoscopique : la lésion était dans le même état qu'auparavant.

Pour qu'il ne restât pas le moindre doute que les reins ne participaient en aucune façon à l'hématurie, je fis le cathétérisme des deux uretères, et je recueillis une urine absolument

limpide, normale et ne contenant pas la plus petite trace de sang.

Au bout de quinze jours, je constatai avec étonnement que l'urine pâlisait de plus en plus, en même temps que l'état de la malade s'améliorait.

Le 20 juillet, examen cystoscopique : la tumeur a diminué de volume, les bosselures sont moins nettes qu'auparavant.

La dose d'iode fut portée à 3 grammes par jour.

Un mois après le début du traitement, l'urine était tout à fait transparente et ne renfermait plus de traces de sang.

Le 10 août, nouvel examen cystoscopique : la tumeur du bas-fond de la vessie n'existait plus ; à sa place on voyait une cicatrice très peu apparente.

A la suite de cet examen, la malade resta, sur ma demande, environ trois semaines à l'hôpital ; l'hématurie ne récidiva plus et la malade sortit en parfaite santé, le 27 août.

La veille de son départ, l'examen cystoscopique montra que la muqueuse vésicale était redevenue tout à fait normale.

Observation XV. — (MARGOULIÈS). — F... K..., 35 ans, entre dans la division des maladies génito-urinaires, le 17 janvier 1901, pour des douleurs atroces au niveau du col vésical et des envies fréquentes d'uriner. Les douleurs ont tellement augmenté dans ces derniers temps que le malade s'agite continuellement, cherchant une position dans laquelle il souffrira moins.

Comme tous les traitements qu'on a essayés n'apportent aucune amélioration, il se décide à entrer à l'hôpital.

Commémoratifs : Il a toujours été bien portant ; il y a six ou sept ans, il contracta la syphilis, et comme traitement on le soumit pendant quelques semaines aux frictions mercurielles.

Il se maria et eut des enfants bien portants.

Ce n'est que depuis deux semaines, sans cause visible, qu'il éprouve de la douleur à la fin de la miction, douleur irradiant jusqu'aux régions profondes. Ces douleurs ont augmenté peu à peu et maintenant un peu de sang apparaît à la fin de la miction.

Etat actuel : Malade de constitution moyenne ; sur la peau des jambes existent des cicatrices rayonnées symétriques ; les ganglions lymphatiques sont un peu augmentés de volume.

Sur le fourreau de la verge on voit une petite cicatrice ancienne.

Le canal de l'urèthre, examiné avec les bougies à olives de Guyon, est normal ; le passage à travers le col provoque seulement une légère douleur. L'urine retirée de la vessie à l'aide de la sonde est normale.

La capacité vésicale est normale ; mais après avoir rempli la vessie avec une solution boriquée à 4 ‰, les douleurs se mirent à augmenter, avec des irradiations violentes dans les régions profondes, sans toutefois provoquer chez le malade un besoin impérieux d'uriner.

L'examen de la cavité vésicale à l'aide du lithotriteur explorateur ne donna aucun résultat ; la prostate, examinée au toucher rectal, est normale et n'est pas douloureuse.

Analyse de l'urine : l'urine est trouble, d'une couleur jaune faible, sa réaction est légèrement acide. Poids spécifique : 10 14. Albumine : 1 gr. 30 par litre. Pas de sucre.

L'examen microscopique du sédiment fit voir une quantité assez notable de leucocytes, une quantité insignifiante de globules rouges et une petite quantité de cellules épithéliales plates.

Traitement : bains chauds, suppositoires à la morphine et narcotiques.

Ce traitement, suivi pendant trois jours, n'amena aucun soulagement et on fut obligé d'avoir recours aux injections hypodermiques de morphine.

Le 19 janvier, examen cystoscopique : orifices urétéraux normaux ; sur le bas-fond de la vessie, à gauche et un peu en dedans de l'uretère gauche, on voyait une ulcération à bords déchiquetés, à fond grisâtre, entourée d'un cercle rouge foncé.

Le reste de la muqueuse vésicale était normal.

J'éliminai l'hypothèse de la tuberculose, l'allure clinique de l'affection de mon malade n'en présentant pas les caractères, et

je posai l'hypothèse que nous avions affaire à une ulcération syphilitique, me basant sur ce fait que le malade avait contracté une syphilis qui n'avait pour ainsi dire pas été traitée.

Le malade fut soumis à des frictions mercurielles, deux par jour, et prit 3 grammes d'iodure de potassium, et pour juger d'une façon plus nette les effets de ce traitement je supprimai toute intervention locale.

Les résultats de ce traitement dépassèrent toute attente ; après cinq ou six jours, les douleurs devinrent manifestement moins violentes.

Après quinze frictions, le malade pouvait dormir tranquillement : les irradiations douloureuses vers la région profonde s'étaient grandement améliorées.

Après la vingtième friction, je fis un nouvel examen cystoscopique (7 février) et je constatai que la capacité vésicale était de 200 cc. ; la muqueuse vésicale était normale ; l'ulcération était complètement cicatrisée et à sa place il ne restait plus qu'une petite trace blanchâtre.

Le malade reçut en tout trente frictions et sortit guéri.

Observation XVI. — (MARGOULIÈS). — X..., 55 ans, entre dans le service des chroniques, à l'hôpital Israël d'Odessa, le 11 avril 1901, se plaignant d'avoir du sang dans l'urine et de l'œdème des jambes.

Commémoratifs : Il y a plusieurs années, il se brûla à la main droite et il peut à peine se servir de cette main, le poignet s'étant rétracté vers l'avant-bras. A-t-il eu la syphilis ? Il ne peut rien dire à ce sujet.

Dans ces dernières années, il commença à éprouver de la faiblesse dans les jambes et une légère fatigue ; ensuite apparut de la dyspnée.

Il ne peut préciser l'époque où apparut pour la première fois du sang dans l'urine.

Sur le registre d'observation de la division des chroniques est mentionné ce qui suit : du côté des poumons, l'auscultation ne

fait rien découvrir d'anormal. Bruits du cœur faibles, mais nets ; second bruit aortique plus fort que normalement. Pouls fort et tendu.

Dans la cavité abdominale on constate de la fluctuation. Le ventre est tendu et l'exploration en est difficile.

Les jambes sont œdématisées.

Examen de l'urine : coloration rouge foncé ; poids spécifique, 10 11. Albumine, 4 ‰. Dans le dépôt, on trouve une quantité notable de globules rouges. La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures est de 1.080 centimètres cubes.

La température du malade est tout le temps normale.

Diagnostic : néphrite interstitielle.

Traitement : bains, régime ; à l'intérieur, seigle ergoté et, par la suite, injections sous-cutanées d'ergotine.

Pendant environ six semaines, l'hématurie ne cessa pas un instant.

Le 10 mai, le malade est assez bien ; le ventre est souple, mais il contient encore une petite quantité de liquide ; l'œdème des jambes a disparu, les mouvements du cœur sont satisfaisants, le pouls plein et bon.

En somme, amélioration de l'état général, régularisation des mouvements du cœur ; c'est tout ce que donna le traitement.

Le 11 mai, on le fait passer dans le service des urinaires.

J'examine alors le malade. Il est maigre et pâle ; sur la peau des jambes et de chaque côté existent des cicatrices superficielles, disposées symétriquement. Les ganglions lymphatiques, surtout ceux de la région inguinale, sont augmentés de volume ; l'examen du système nerveux montre que le malade est atteint de tabès dorsalis (démarche chancelante, douleurs en ceinture, chute du malade en avant les yeux étant fermés, absence des réflexes).

Le malade se plaint d'envies incessantes et douloureuses d'uriner se répétant toutes les dix ou quinze minutes, aussi bien le jour que la nuit ; on ne peut palper les reins ; la pression sur le trajet des uretères n'éveille pas de sensation douloureuse.

Sur la région dorsale de la verge existe une petite cicatrice ; la prostate ne présente rien de particulier.

La muqueuse de l'urèthre est normale ; il n'y a pas de rétrécissement.

Par le cathéterisme on retire de la vessie environ une cuillerée à soupe d'urine nettement sanguinolente. Il n'y a pas de résidu ; la capacité vésicale est notablement diminuée ; après injection de 25 centimètres cubes dans la vessie, le malade éprouve de violentes douleurs et immédiatement les contractions vésicales chassent le cathéter et le liquide.

L'exploration de la cavité vésicale avec le brise-pierre ne donne aucun résultat.

Tous ces phénomènes cliniques étaient en faveur de l'origine vésicale de l'hématurie.

Je posai le diagnostic de cystite. Mais quelle en était la nature ?

La cicatrice de la verge, l'adénopathie généralisée, les cicatrices des jambes et aussi les phénomènes tabétiques me firent penser à la syphilis d'autant plus qu'aucune autre cause habituelle ne pouvait être invoquée.

J'instituai immédiatement le traitement d'épreuve ; frictions avec 2 grammes d'onguent napolitain, 3 grammes d'iodure de potassium.

Le succès du traitement fut frappant : après dix jours de traitement, l'urine avait perdu sa coloration foncée et était devenue rose pâle ; les envies d'uriner devinrent moins fréquentes et presque indolores ; la cavité vésicale pouvait contenir 70 centimètres cubes.

Après vingt jours de traitement, l'urine devint complètement claire ; le malade n'urina plus que toutes les deux heures ; la vessie pouvait contenir 120 centimètres cubes.

Après trente jours, l'urine était claire et ne contenait plus de traces de sang ; le malade urina toutes les deux ou trois heures et deux fois par nuit. Plus de douleurs.

La cavité vésicale est normale.

Examen cystoscopique : Les orifices urétéraux étaient nor-

maux. Il n'existait sur la muqueuse que des trabécules nettement formés, constituant ce qu'on appelle la vessie à colonnes.

Six mois après, le malade n'avait plus présenté de phénomènes vésicaux ; les hématuries n'avaient pas reparu.

On ne doit faire aucune réserve au sujet des deux premières observations de Margouliès. Il s'agissait évidemment, dans ces deux cas, de syphilis tertiaire de la vessie.

Dans le deuxième cas, après avoir pratiqué une cystoscopie, il avait posé le diagnostic d'ulcération syphilitique en se basant sur les symptômes subjectifs et sur la connaissance d'une syphilis ancienne non soignée. Le traitement mercuriel vint confirmer son hypothèse.

Dans le premier cas, au contraire, c'est tout à fait par hasard, sous l'influence d'un traitement ioduré ordonné sans conviction, qu'il put faire le diagnostic de processus gommeux et la malade échappa ainsi aux ennuis d'une opération chirurgicale. Il faut surtout, ici, insister sur l'aspect particulier de la lésion vésicale ; la forme papillomateuse, en effet, est des plus rares, les lésions tertiaires de la vessie se traduisant généralement par des ulcérations

Dans le troisième cas, il s'agissait de phénomènes vésicaux chez un malade de 55 ans, tabétique et qui, en outre, était atteint de néphrite interstitielle. Le traitement mercuriel fit disparaître tous les accidents vésicaux. Malheureusement, l'examen cystoscopique n'avait pas été fait avant le traitement ; à ce moment, il devait exister des lésions ulcéreuses de la muqueuse vésicale, au niveau desquelles se produisait l'hématurie et dont il a été impossible de retrouver les traces.

Observation XVII. — (K. GRAFF). — Homme de 56 ans, ayant eu, à 35 ans, une blennorrhagie et des ulcérations de la verge.

Il vint consulter pour des hématuries vésicales répétées et pour des douleurs durant depuis quelques mois, siégeant au périnée et dans la verge et irradiant quelquefois jusqu'au gland.

Les deux testicules étaient tuméfiés, pâteux, mais indolents.

Le cathétérisme était rendu pénible par un étroit orifice externe de l'urèthre et par un petit rétrécissement de la portion membraneuse.

Une hématurie vésicale abondante empêchait de pratiquer une cystoscopie ; l'urine, rouge, contenait beaucoup de globules sanguins et de leucocytes, mais on n'y trouva pas de bacilles.

L'état général s'améliora rapidement par des lavages au nitrate d'argent et le malade songeait à quitter l'hôpital.

L'examen cystoscopique, possible à ce moment, laissa reconnaître, dans le fond de la vessie, une tumeur avec proliférations sur les bords et perte de substance centrale. On pensa à un papillome ou à de petites proliférations papillomateuses et on ouvrit la vessie.

Dans le fond, on trouva une ulcération plongeant dans la musculieuse ; on enleva facilement des lambeaux blanchâtres. On cautérisa et on ferma la vessie avec drainage.

On porta alors le diagnostic ferme de lésions syphilitiques, déjà soupçonné par l'existence de l'affection testiculaire, mais mis en doute par le peu d'antécédents, et le diagnostic de « gomme de la vessie et d'orchite bilatérale gommeuse » fut confirmé par le succès du traitement spécifique.

La tuméfaction testiculaire rétrograda complètement ; les hématuries vésicales disparurent, l'urine devint limpide.

Le morceau excisé était formé de substances cellulaires détruites et d'épithélium vésical sans dégénérescence.

En se basant sur les données de l'observation, on constate que l'ouverture de la vessie était vraiment inutile. L'auteur, soupçonnant la nature syphilitique de la lésion

vésicale et constatant l'existence d'une orchite bilatérale gommeuse, aurait dû, avant toute intervention, faire l'épreuve du traitement mercuriel. Il aurait ainsi obtenu les mêmes résultats.

Observation XVIII. — (TOWBIEN). — Malade de 41 ans, présentant de fréquentes envies d'uriner, des douleurs et des hématuries.

Dans les derniers temps, les envies d'uriner revenaient toutes les cinq minutes, avec de violentes douleurs, avant et après la miction.

Le traitement habituel de la cystite ne donna aucun résultat.

Treize ans auparavant, le malade avait contracté la syphilis et avait été soigné ; trois ans plus tard, bascule du nez en selle et nouvelle cure mercurielle.

A l'arrivée à l'hôpital, le malade était dans un état d'amaigrissement extrême ; l'urine contenait de nombreux éléments de pus, quelques globules rouges et un peu d'épithélium vésical. Il se développa, à ce moment, une grande infiltration sur l'orifice externe de l'urèthre avec ulcération de la muqueuse.

Le traitement par des injections de sublimé amena une diminution notable des douleurs, sans modifications de la fréquence d'émission des urines. Plus tard, rétention urinaire.

En raison des antécédents, en l'absence de résultats du traitement mercuriel, en l'absence de bacilles tuberculeux dans l'urine et de foyers de tuberculose, on posa l'hypothèse d'une affection gommeuse du col de la vessie.

Le contrôle par la cystoscopie était impossible à cause de l'état des organes urinaires.

Le traitement fut utile, puisqu'il supprima les douleurs.

Nous ne citons cette observation que pour mémoire ; elle est trop incomplète, tant au point de vue clinique qu'au point de vue traitement.

Observation XIX. — (ASCH). — En janvier 1905, vient me consulter un homme de 45 ans, de robuste constitution, qui, depuis trois mois, présentait des hématuries survenant toutes les deux ou trois semaines, sans causes appréciables, durant pendant toute la miction et persistant 8 à 10 jours.

La perte de sang était quelquefois très considérable et le malade était fatigué et anémié.

Le malade n'accuse aucun symptôme subjectif du côté des organes urinaires, pas d'envie fréquente d'uriner, pas de douleur à la miction.

L'état général est relativement bon, sauf dans les jours qui suivent les grandes hémorragies.

Le traitement par l'ergotine n'a donné aucun résultat.

À la première consultation, le malade, par suite d'une forte hématurie, se sent mal ; les muqueuses sont fortement décolorées ; à la pointe du cœur on entend un léger bruit systolique.

L'urine est encore fortement sanguinolente ; l'examen microscopique montre, à côté des hématies, de nombreux leucocytes, peu d'épithélium vésical.

Les autres organes, en particulier les poumons, ne présentent rien d'anormal.

Les antécédents, l'apparition subite des hémorragies sans cause appréciable, leur persistance pendant toute la miction, le peu de résultats donnés par le traitement employé jusqu'ici, l'amélioration par le repos au lit, permettent de soupçonner une tumeur.

Comme il n'existe pas de douleur vésicale, on peut présumer que la néoplasie ne siège pas au niveau du col, mais, de toute vraisemblance, au fond de la vessie.

Examen cystoscopique : à environ 1/2 centimètre en dehors de l'orifice urétéral gauche existe un papillome de la grosseur d'une noisette et, immédiatement au-dessus, en partie découverte, en partie cachée par des végétations, une ulcération du diamètre d'un centimètre environ, dont les bords sont infiltrés et surélevés, tandis que le fond est couvert d'une masse purulente jaune.

Cette ulcération me fait penser à la syphilis.

Interrogé, le malade avoue avoir contracté la syphilis vingt ans auparavant et avoir été peu soigné.

L'urine ne contient ni gonocoques, ni bacilles tuberculeux.

J'ordonne 3 grammes d'iodure de potassium et je fais, tous les deux jours, une injection intramusculaire de 2 centimètres cubes d'énésol.

Après trois semaines de traitement, examen cystoscopique : la vessie est absolument normale. Au niveau où siégeaient le papillome et l'ulcération, la muqueuse est encore un peu surélevée et rougeâtre et au-dessus existe une cicatrice blanchâtre.

Je continue encore le traitement pendant quatorze jours sans voir réapparaître l'hématurie.

Examen cystoscopique en 1907 : vessie normale.

Observation XX. — (ASCH). — Février 1911. Homme de 35 ans, présentant, depuis trois mois, de graves hématuries vésicales.

Il souffre depuis six semaines de fréquentes envies d'uriner, douloureuses.

Dans les dernières semaines, l'urine est devenue trouble ; elle contient beaucoup de leucocytes et un nombre considérable d'hématies.

Le malade me signale une ulcération de la jambe droite qui dure depuis cinq mois et qui présente tous les caractères d'un ulcère gommeux.

Il a eu, il y a vingt ans, un chancre syphilitique ; il s'est peu soigné et n'a jamais présenté d'accidents.

Examen cystoscopique : Sur la muqueuse du fond de la vessie siège une grande ulcération de 2 à 3 centimètres de diamètre ; les bords infiltrés, surélevés d'un centimètre, font saillie dans la cavité vésicale ; le fond, jaunâtre, est surélevé par rapport à la muqueuse ; le tout a l'aspect d'un cône coupé.

Diagnostic facile, étant donnés les antécédents et la coexistence de l'ulcère de la jambe.

Traitement : Injection intraveineuse de 0 gr. 50 de salvarsan.

Le résultat est remarquable : disparition en douze jours de la lésion vésicale et de la gomme de la jambe.

Sur la muqueuse vésicale il ne reste, à la place de la gomme, qu'une cicatrice blanchâtre.

Observation XXI. — (NIN POSADAS). — Malade de 45 ans. Sans antécédents héréditaires.

Il a eu une blennorrhagie, à 21 ans, soignée par le traitement habituel. Aucune complication.

A l'âge de 34 ans, il contracte un chancre syphilitique suivi de manifestations secondaires (roséole; alopecie). Quatre ans après, laryngite, ulcération gommeuse. Traitement mercuriel.

La maladie actuelle a commencé par une hématurie sans cause appréciable, accompagnée de malaise général et de fièvre. Cette hématurie s'est répétée à peu près tous les mois avec les mêmes symptômes : le malade a rendu des caillots.

Actuellement, le malade présente de la pollakiurie diurne et nocturne, augmentée par la marche ; la miction est difficile et retardée ; le jet est presque filiforme.

Exploration urétrale : L'explorateur n° 20 s'arrête au bulbe ; on fait au malade une série de dilatations.

Après la dilatation du canal on pratique la cystoscopie ; on aperçoit une ulcération siégeant au bas-fond vésical, ulcération à bords tranchants, très peu saillants et réguliers. Au centre existe une saillie pédiculée d'où semble sortir le sang. La muqueuse vésicale est pâle, anémiée ; les orifices urétéraux sont normaux.

En soupçonnant la bacillose, on institue le traitement approprié.

L'état général du malade ne s'améliore pas sous l'influence de ce traitement, et la muqueuse vésicale ne change pas d'aspect.

On commence alors, étant donnés les antécédents spécifiques du malade, le traitement mercuriel par les injections de biiodure.

Dès lors, l'état général s'améliore progressivement, le nombre des mictions diminue et l'examen microscopique, pratiqué après la treizième injection, permet de constater que l'ulcération a diminué de volume, que sa surface est uniformément granuleuse et sans bords tranchants.

L'hématurie cesse.

On continue le traitement. Après trente injections, la muqueuse vésicale est presque normale, et à la place de l'ulcération existe une petite tache jaunâtre.

Observation XXII. — (HABERERN). — M^{me} P..., 41 ans, a présenté, il y a 14 ans, une petite ulcération de la langue qui mit très longtemps à se cicatriser. En même temps elle se plaignait de douleurs à la gorge, surtout au moment de la déglutition. Sa voix était nasonnée.

Deux ans après apparurent des lésions à la partie supérieure et interne de la cuisse, de la largeur de la main et qui durèrent une année.

Mariée depuis dix-neuf ans, elle a eu sept enfants vivants et n'a pas fait de fausse couche.

Depuis quatre ans, elle se plaint d'envies impérieuses d'uriner revenant toutes les heures pendant le jour, toutes les deux heures pendant la nuit.

Son état s'aggrava dans ces derniers mois ; l'urine était rouge à la fin de la miction en même temps qu'apparaissaient des douleurs, peu violentes d'ailleurs.

Comme son état ne s'améliorait pas, elle entra, le 25 octobre 1910, à l'hôpital et fut passée, le 28 octobre, dans la section d'urologie.

Etat actuel : Malade de constitution moyenne, pâle. Les pupilles réagissent bien ; tremblement de la langue.

Cicatrices dans la gorge. La luette et la partie gauche du voile sont en partie détruites et, quand la malade boit, la tête inclinée, le liquide reflue par le nez.

A la partie supérieure et interne de la cuisse, cicatrice serpiginieuse.

Les réflexes patellaires sont normaux.

L'urine, très rouge, contient des globules rouges, des cellules de pus et des petits bâtonnets allongés.

Le 8 novembre 1910, Wassermann moyennement positif.

Le 10 novembre, capacité vésicale, 80 à 100 centimètres cubes.

Urine jaunâtre, peu transparente, contenant beaucoup de filaments.

Examen cystoscopique : La paroi vésicale est lisse, brillante. Orifices urétéraux normaux.

Sur la paroi vésicale, du côté gauche, se trouve une tumeur assez volumineuse, arrondie, présentant trois ou quatre inégalités et, à ce niveau, la muqueuse est ulcérée par endroits.

L'exploration vaginale permet de sentir une petite nodosité dure, inégale dans la partie postérieure de l'urèthre.

Les antécédents et les renseignements cliniques me font penser à une lésion syphilitique de la vessie.

Le 11 novembre, injection d'arsénobenzol d'Ehrlich.

Le 16 novembre, amélioration de l'état général. Les envies d'uriner ne reviennent que toutes les trois ou quatre heures dans la journée, toutes les deux ou trois heures la nuit.

Le 18 novembre, les envies d'uriner s'espacent.

Examen cystoscopique : 20 jours après l'injection.

L'urine est encore grisâtre. La muqueuse vésicale est moins pâle ; elle porte de fins trabécules. La tumeur s'est beaucoup affaissée. Capacité vésicale : 120 centimètres cubes.

La nodosité uréthrale est perçue par le vagin ; elle est plus petite.

Le 21 décembre, trente-cinq jours après l'injection, la lésion vésicale a presque disparu.

Observation XXIII. — (PICOT). — Edouard P..., 53 ans, facteur des postes, entre à Necker, salle Velpeau, le 22 avril 1911.

Ses antécédents ne présentent rien de particulier à signaler ; il a deux frères bien portants. Son père est mort à 73 ans et sa mère en a 76.

Il a eu sept enfants : cinq sont encore bien portants et deux sont morts en bas âge, de convulsions.

Il nie toute maladie vénérienne et dit n'avoir eu ni blennorragie, ni chancre.

Jamais il n'a eu de coliques néphrétiques ou une affection douloureuse pouvant y ressembler. Jamais il n'a pissé de sang.

La maladie actuelle remonte à huit ans. En 1904 apparaissent, sans cause, des troubles vésicaux caractérisés par des douleurs en urinant, de la fréquence des mictions et, bientôt, de la pyurie. Son médecin lui ordonne des boissons abondantes et des capsules de térébenthine, mais cette médication n'amène aucune amélioration.

Au bout de deux ans, en 1906, le malade va consulter à Lille et on découvre un calcul vésical gros comme une petite noix. On pratique une lithotritie et il paraît que la pierre était friable.

Chaque jour on fait des lavages au nitrate d'argent ou à l'eau boriquée, mais ce traitement, suivi pendant trois mois, n'arrive pas à éclaircir les urines. Celles-ci sont toujours très troubles et les douleurs vésicales et la fréquence des mictions continuent à se manifester comme avant l'opération.

Un beau jour, à la fin de 1907, le malade est pris de diarrhée abondante et ne tarde pas à avoir la certitude qu'il rend, par l'anus, une partie de ses urines. La quantité des urines émises par la verge diminue de moitié et les phénomènes de cystite s'accroissent et deviennent plus intenses (20 mictions dans la nuit).

En observant les urines rendues, P... y constate la présence de petites masses brunâtres.

En 1908, P... est de nouveau hospitalisé à Lille. Il ne semble pas qu'on ait attaché une grande importance à l'histoire qu'il raconte ; on découvre un nouveau calcul et on fait une seconde lithotritie. La pierre est, paraît-il, plus petite que la première fois, mais également friable.

Huit à dix jours après, le malade était rentré chez lui, lorsque subitement il est pris de frissons, d'accès fébriles suivis de sueurs et son médecin diagnostique une pyélonéphrite. Les urines sont très troubles, et après plusieurs semaines de régime lacté et d'urotropine, la fièvre disparaît, mais les urines restent purulentes.

Depuis l'opération, les troubles vésicaux ne se sont nullement amendés. Les mictions sont comme par le passé aussi dou-

loureuses et aussi fréquentes et la diarrhée augmente. La miction se fait moitié par l'anus et moitié par l'urèthre, et P... peut recueillir les urines dans deux vases à la fois.

En février 1911, il retourne à Lille. On recherche par la cystoscopie la communication entre la vessie et le rectum, mais on ne la trouve pas. On injecte du lait dans la vessie, et on ne le voit pas ressortir par le rectum.

Le malade est très étonné qu'on lui trouve à ce moment un rétrécissement de l'urèthre. On lui avait fait deux lithotrities et cette fois il fallut dilater le canal avec des bougies avant de pouvoir faire une cystoscopie.

Interrogé sur ce point, le malade affirme qu'aucune des lithotrities précédentes n'avait été suivie d'hémorragie par le canal, si légère fût-elle.

On met les troubles vésicaux observés par le malade sur le compte du rétrécissement et on pratique une série de dilations.

Après ce traitement, le malade n'est pas amélioré et il vient consulter à Necker.

C'est un homme de taille moyenne, d'apparence assez robuste et paraissant jouir d'un bon état général.

Les urines sont troubles et contiennent de gros amas purulents et de petits fragments de matières fécales.

Dans la journée, P... urine sept à huit fois, mais c'est à peine si quelques gouttes passent par le méat. La presque totalité de la miction se fait par l'anus.

Dans la nuit, il urine deux fois et, lorsqu'il urine couché, la moitié de la miction se fait par le canal. Le malade remarque alors que de fines bulles de gaz s'échappent par le méat à la fin de la miction.

Examen. — Urèthre, calibre 24. La boule de l'explorateur relève cinq ou six ressauts très durs dans la partie profonde de l'urèthre ; le plus antérieur est à 12 centimètres du méat. le plus postérieur à 16. Longueur de l'urèthre, 18 centimètres.

Testicules normaux.

Prostate régulière, de consistance élastique, légèrement hypertrophiée.

Urétroscopie. — Tout l'urèthre antérieur est sain ; il est régulièrement souple ; il n'y a ni lacune, ni infiltration. A 13 centimètres du méat, le tube 52 est arrêté par un rétrécissement. Le canal à ce niveau présente un aspect très particulier. La paroi, boursoufflée, forme de grosses saillies comme dans l'infiltration molle, mais ces saillies sont dures, pâles et ternes. En somme, elles rappellent par leur forme l'infiltration molle, et par leur coloration et leur dureté l'infiltration dure.

Un tube 48 pénètre dans la région rétrécie.

Rectoscopie. — Ne donne aucun résultat. On ne peut découvrir l'orifice fistuleux, si loin que le tube soit poussé. Le rectum a sa souplesse, sa couleur, son aspect, son calibre normaux.

Cystoscopie, le 10 mai. — Cystoscope à cathétérisme unilatéral.

Le nettoyage de la vessie est long et difficile à obtenir.

Le passage du cystoscope est facile. Pas de spasme. Bonne capacité.

On introduit 200 centimètres cubes de liquide.

On constate alors les particularités suivantes :

La région du trigone est occupée par du pus très épais en gros grumeaux.

L'orifice urétéral gauche est visible, il est large, béant, ses bords sont épaissis et paraissent indurés.

A droite, l'orifice urétéral est recouvert par des flocons purulents. Au-dessus de cet orifice, dans la région postéro-supérieure droite de la vessie, le bouton du cystoscope étant à 10 heures, et l'instrument enfoncé au maximum, on découvre un gros moule purulent, en forme de massue, renflé à son extrémité libre, étroit à son extrémité opposée. Celle-ci est insérée sur la vessie.

Cette insertion est très nette, et l'on a l'impression que le moule purulent émerge d'une ouverture.

On glisse la sonde urétérale le long du pédicule et l'extrémité de la sonde pénètre dans l'épaisseur de la vessie à un demi ou un

centimètre de profondeur ; mais cette manœuvre a pour effet de désagréger la masse purulente et de troubler le milieu vésical.

Le 13 mai, nouvelle cystoscopie.

On emplit la vessie, mais sous l'influence d'une contraction de celle-ci, le liquide est rendu par le rectum. On réintroduit très lentement une seringue qui est gardée. Le milieu vésical est très clair et l'on peut pratiquer un examen vésical complet.

La région du trigone est rouge et enflammée.

L'orifice urétéral droit est arrondi, large, béant. Un peu au-dessus de cet orifice, le bouton étant à huit heures, la paroi vésicale est épaissie et scléreuse. Elle se présente sous la forme de grosses saillies entrecoupées par des sillons longitudinaux sur lesquels se branchent d'autres sillons plus fins. Cet aspect rappelle tout à fait celui de la langue parquetée de Clarke.

L'orifice urétéral gauche est allongé transversalement. La muqueuse vésicale qui l'entoure est pâle. Cette pâleur contraste avec la coloration plus foncée de la région du trigone.

Au-dessus et au-dessous de l'orifice urétéral, arrivant presque à son contact, on trouve de petites plaques irrégulières, d'un rouge plus franc, entourées d'une sorte de halo. Les bords sont irréguliers et un peu polycycliques.

Mais c'est au-dessus de cette région, le bouton du cystoscope étant à trois heures, qu'on découvre les éléments les plus caractéristiques. A ce niveau, la paroi vésicale est recouverte de nombreuses ulcérations paraissant peu profondes ; elles sont très variables comme dimensions et certaines sont confluentes. Leur bord est irrégulier et polycyclique, le fond est rouge à la périphérie, plus pâle au centre. Ces éléments ont tout à fait l'aspect de syphilides ulcéreuses.

Partie postérieure de la vessie. — Le cystoscope étant enfoncé au maximum, la partie droite de la vessie présente le même aspect parqueté que celui qui a été décrit au-dessus de l'uretère droit. Au milieu des saillies, dans un creux, on découvre la fistule. C'est un orifice irrégulier, dont les bords sont taillés à pic. Il paraît avoir les dimensions d'une plume d'oie. Au-devant

de l'orifice flottent dans le liquide deux corps étrangers noirâtres (débris de matières fécales).

La fistule occupe exactement le point où se trouvait l'insertion du moule purulent constaté à la cystoscopie précédente. A vrai dire, c'est en se servant de ce point comme repaire que la fistule a été découverte.

La partie supérieure de la vessie est occupée par de petites masses tuberculeuses, dont les unes sont agglomérées et les autres isolées ; elles sont légèrement ulcérées à leur sommet.

A la partie postérieure gauche de la vessie, en un point où les formations précédentes font défaut, on aperçoit un gros vaisseau variqueux, saillant dans la vessie comme une temporale d'artério-scléreux.

La constatation d'éléments papulo-ulcéreux et d'une fistule dont les bords sont taillés à pic, éveille de suite l'idée de syphilis. Aussi, comme le malade nie avoir contracté aucun chancre, on fait une réaction de Wassermann et l'on prescrit une série de vingt injections sous-cutanées de bi-iodure de Hg, à la dose quotidienne de 1 centigramme.

La réaction de Wassermann, pratiquée par notre ami le docteur Braun, chef de laboratoire, est très nettement positive. D'autre part, dès la douzième piqûre, le malade se sent mieux. Le volume des urines rendues par la verge a doublé et la diarrhée a diminué, mais elle n'est pas tarie et les urines sont toujours troubles.

Le 30 mai, on pratique une nouvelle cystoscopie.

L'aspect n'a guère changé, mais l'orifice de la fistule est encore plus net que précédemment.

Le 3 juin, après la vingtième piqûre de bi-iodure, on pratique un examen cystoscopique.

L'orifice fistuleux est plus petit, plus arrondi ; les éléments tuberculeux qui occupent la partie supérieure de la vessie ne sont plus ulcérés. Les ulcérations de la partie gauche de la vessie et du pourtour de l'orifice urétéral gauche ont disparu.

On fait au malade deux injections d'arsénobenzol à quinze jours d'intervalle.

La première injection produit une diminution de la cystite mais la fistule ne s'est pas oblitérée, car, de temps en temps, l'urine contient encore des fragments de matières fécales et elle s'écoule encore par l'anus, quoique en moindre abondance.

La deuxième injection a été suivie d'accidents syncopaux qui ont fait abandonner la méthode. Nous avons alors proposé au malade d'intervenir chirurgicalement sur la fistule, mais il s'y est refusé.

Nous avons eu depuis des nouvelles du malade. Dans les vingt-quatre heures, il a trois et quelquefois quatre débâcles par l'anus. Les urines sont de nouveau purulentes et les phénomènes de cystite ont de nouveau réapparu.

Plusieurs points dans l'histoire de ce malade méritent d'attirer l'attention. Tout d'abord les calculs vésicaux. De nombreuses raisons nous incitent à penser qu'ils sont secondaires à l'infection vésicale et ne peuvent être rendus causes des troubles vésicaux observés. En effet, c'est deux ans après le début de la cystite qu'on a constaté la présence du premier calcul et, à deux reprises, les lithotrities n'ont en rien modifié les troubles vésicaux ; les douleurs ont persisté, la pyurie n'a pas été modifiée, les mictions sont restées aussi fréquentes. Enfin, dans l'histoire de ce malade, on ne trouve aucun antécédent de lithiase, aucune colique néphrétique et P... n'est pas plus prostatique qu'il n'est lithiasique.

Un autre point intéressant est l'évolution du rétrécissement de l'urètre.

Le malade n'a jamais eu de blennorragie et on a pu lui faire, sans dilatation préalable, deux lithotrities et plusieurs cystoscopies. Puis sans cause s'est développé un rétrécissement qui empêche l'examen cystoscopique.

Enfin, le dernier point plein d'intérêt est l'absence, chez P..., de toute cause apparente de cystite. C'est insidieusement, sans

raison, semble-t-il, que les phénomènes vésicaux se sont développés.

La cystoscopie et l'urétroscopie ont permis de déceler des lésions à caractère nettement spécifique, de constater la présence d'une fistule vésico-intestinale à bords taillés à pic au milieu d'un tissu scléro-gommeux, et enfin de découvrir un rétrécissement scléreux de l'urèthre développé sans blennorragie et sans traumatisme. Si nous rapprochons ces données des particularités de l'histoire clinique du malade, nous pensons avoir les éléments nécessaires pour porter le diagnostic de syphilome de l'urèthre et de syphilis de la vessie.

La réaction de Wassermann qui était positive, l'influence heureuse du traitement mercuriel sur les lésions ulcérées, ne sont pas les moins importantes pour confirmer ce diagnostic.

Observation XXIV. — (ENGELMANN). — Femme de 60 ans, ayant, depuis six mois, des hématuries vésicales ne s'accompagnant d'aucun autre phénomène.

L'examen microscopique permit de reconnaître, au niveau de l'uretère droit, une tumeur longue de près de trois centimètres, un peu saillante, ulcérée à sa superficie et couverte de pus en partie incrusté.

On posa le diagnostic de carcinome de la vessie et on proposa une intervention. A ce moment, on apprit que la malade avait eu la syphilis vingt ans auparavant et on ordonna une cure mercurielle.

L'ulcération guérit rapidement et la tumeur disparut en quelques semaines sans laisser de traces.

Observation XXV. — (ENGELMANN). — Malade de 46 ans, souffrant depuis trois mois d'hématuries intermittentes. Le malade avait eu la syphilis quinze ans plus tôt, pour laquelle il a été traité. Il eut ensuite une paralysie de la jambe gauche qui a guéri par le traitement mercuriel.

Urine trouble ; douleurs légères à la miction.

L'exploration cystoscopique a donné, au-dessous de l'orifice urétéral droit, une tumeur à peu près de la grosseur d'une noisette, ronde, mobile, en partie ulcérée à sa surface, couverte de pus et ayant une constitution papillaire.

On ne trouva pas d'autre accident suspect.

On posa le diagnostic de gomme de la vessie et on conseilla le traitement par les frictions mercurielles.

Après trente frictions, l'examen cystoscopique montra la disparition de la tumeur et, à sa place, existait une tache rougeâtre.

On n'avait fait aucun traitement local.

Observation XXVI. — (ENGELMANN). — Femme de 47 ans, ayant, depuis un an, une paralysie des deux jambes et présentant, depuis un mois, des envies fréquentes d'uriner.

Elle a fait trois fausses couches, il y a vingt ans.

On fait le diagnostic de myélite spécifique ; il existe des papules ulcérées des grandes lèvres, de la tuméfaction des ganglions inguinaux et une parésie du sphincter vésical et des extrémités inférieures.

L'urine est trouble, contient beaucoup de pus, des streptocoques, des diplocoques prenant le gram. Il n'y a pas de bacilles tuberculeux.

L'examen cystoscopique montra une forte hyperémie de la muqueuse vésicale et, dans la région de l'orifice urétéral gauche, le recouvrant tout à fait, une ulcération avec des incrustations massives, adhérentes, faisant saillie dans la vessie.

Au niveau du fond, des côtés et de la paroi antérieure existent des ulcérations ayant les mêmes caractères ; il y en a six en tout.

Ces incrustations se laissent difficilement détacher avec la sonde et alors se produit une hématurie.

La surface de ces abcès semble de constitution papillaire.

Le traitement spécifique, joint aux lavages vésicaux, apporta une lente amélioration ; la parésie disparut et les examens

cystoscopiques montrèrent l'amélioration progressive de la muqueuse et la diminution des ulcérations.

Au bout de deux mois, la muqueuse était normale et à la place des grandes ulcérations, on voyait nettement des cicatrices blanchâtres de la muqueuse, preuve qu'il s'agissait non d'érosions superficielles, mais de cicatrices profondes.

Cette dernière observation d'Engelmann n'a pas suffisamment de caractères spécifiques pour qu'on puisse l'admettre sans réserves ; les ulcérations vésicales constatées au cystoscope pouvaient bien n'être que des lésions de cystite banale d'une vessie qui se vidait mal, dont les parois étaient amincies et qui était troublée dans sa nutrition ; d'autant plus que, contrairement à ce qui existe toujours dans les lésions syphilitiques de la vessie, l'urine très trouble contenait une grande quantité de streptocoques et de diplocoques.

Observation XXVII. — (PICKER). — R..., 44 ans, vient me consulter, le 9 mai 1912, pour des troubles vésicaux très violents ; il ressent, dans la journée, des démangeaisons dans la région vésicale ; et les mictions, qui sont plus fréquentes, s'accompagnent de douleurs vives ; la miction est difficile et surtout douloureuse à la fin.

Il dort la nuit.

Interrogé, il dit avoir contracté, à 25 ans, la syphilis et une blennorragie ; il se soigna pendant quatre ans, faisant de temps en temps quinze frictions mercurielles, et il se croyait guéri complètement. La blennorragie dura longtemps et se compliqua d'une épididymite du côté droit.

Tous les trois ou quatre ans environ, il présenta un nouveau écoulement qui disparut chaque fois après deux ou trois semaines de traitement.

Les douleurs actuelles ont commencé il y a environ dix jours

et elles ont pris une grande intensité depuis trois jours ; depuis ce moment, il ressent aussi des douleurs dans la région rénale droite.

Les organes digestifs et respiratoires sont normaux.

Au milieu du sillon du gland siège une cicatrice rayonnée, un peu pigmentée ; les ganglions inguinaux sont à peine perceptibles.

L'orifice uréthral est normal ; la palpation permet de sentir plusieurs nodosités le long du canal uréthral.

Une demi-heure environ après avoir uriné, le malade évacue 20 à 30 grammes d'urine trouble et la miction se termine par des douleurs légères.

L'introduction d'une sonde en soie du calibre 20 (Char) est facile ; il n'existe aucun obstacle et la sonde évacue quelques gouttes d'urine résiduelle ; la prostate et les vésicules séminales sont petites et molles et à la pression s'écoule une sécrétion abondante, claire, en partie normale, en partie piquetée de grains grisâtres ; la préparation montre qu'elle contient de nombreux leucocytes dégénérés.

Deux heures plus tard, le malade revient pour une cystoscopie ; la première portion de l'urine recueillie est trouble, la seconde est limpide, mais mélangée de flocons dans lesquels le microscope décèle de nombreuses cellules de pus et quelques bâtonnets.

La vessie est tolérante. L'examen cystoscopique montre, dans la région du trigone et du fond de la vessie, une muqueuse tuméfiée, hyperémisée, livide, bleu rougeâtre, séparée par un gros bourrelet du reste de la muqueuse qui est normal. Cette tuméfaction est bien marquée du côté interne de l'orifice urétéral droit et vers la fosse rétro-urétérale. L'urine qui coule de chacun des orifices urétéraux, en jet, est pure en apparence.

Ne connaissant aucune affection vésicale commençant de cette façon et n'ayant pas de diagnostic ferme, je conseillais au malade de revenir me voir dans quelques jours et de prendre de l'helminthol en attendant.

Le 13 mai, la pyurie et les douleurs vésicales n'ont pas diminué ; le toucher rectal ne me donne pas de nouveaux renseignements ; à midi, je place une sonde à demeure.

Le 14 mai, la sonde a été bien supportée pendant la nuit ; l'urine est limpide avec de petits flocons.

Le 15 mai, la sonde à demeure est retirée à onze heures ; deux heures après, la première portion de l'urine émise spontanément est trouble, visqueuse ; elle contient de nombreux flocons ; la deuxième portion est claire avec quelques filaments et, à l'examen cystoscopique, je retrouve, sur la muqueuse du fond de la vessie et à la partie interne de l'orifice urétéral droit, la même infiltration livide bleu rougeâtre, limitée par le même bourrelet ; la muqueuse du col vésical est aussi gonflée.

L'urine qui coule des orifices urétéraux est claire.

Après évacuation et lavage de la vessie, la palpation ne me montre aucun changement du côté de la prostate et des vésicules séminales ; leur sécrétion n'a pas modifié ses caractères et ne contient aucun microbe.

Le 17 mai, on abandonne la sonde à demeure et les lavages au nitrate d'argent à 1 ‰, car ils causent des douleurs et l'urine est redevenue trouble.

Le 18 mai, j'essaie de laver prudemment la vessie, mais des douleurs apparaissent et je retire la sonde. Le malade se plaint alors de très fortes douleurs qui rappellent celles de l'étranglement d'un papillome siégeant près du sphincter et qui cèdent lentement à un bain chaud.

Les douleurs ont tout à fait disparu le soir ; le malade retient bien ses urines dont la deuxième portion est déjà claire.

Etant donnés les antécédents, je pensais alors à la syphilis et je préconisai le traitement ioduré 8 % (3 cuillerées par jour).

Le 19 mai, le malade a dormi toute la nuit ; la première portion des urines est trouble, la deuxième est claire.

Au cystoscope, la tuméfaction de la muqueuse est surtout marquée au niveau de l'orifice urétéral droit ; elle se continue sans limites nettes avec les régions voisines dont la muqueuse

est normale : orifices urétéraux en forme de cœur de carte à jouer, plus infiltrés à droite qu'à gauche.

Le 20 mai, après la cystoscopie, le malade se plaint de douleurs qui cèdent à un bain chaud.

Le 21 mai, les urines sont complètement claires ; pas de douleurs à la miction ; réaction de Wassermann complètement négative.

Le 22 mai, pas de douleurs ; urine très claire.

Le 25 mai, urine claire, pas de douleurs. L'infiltration du trigone et de l'orifice urétéral droit est aussi nettement marquée, livide, bleu rougeâtre, mais un examen attentif ne me permet de découvrir ni tumeur (gomme), ni ulcération. L'urine est très limpide.

J'ordonne au malade le traitement ioduré pendant huit jours

Le 4 juin, plus de douleurs ; urine claire et limpide.

A l'examen cystoscopique, les bourrelets urétéraux paraissent tranchants et sont terminés par des orifices urétéraux en forme de papilles. Jet d'urine normal des deux côtés.

La muqueuse du trigone paraît tout à fait normale et lisse. A la partie interne du bourrelet urétéral droit, existe une élevation de la dimension d'une pièce de une couronne qui se continue avec la muqueuse voisine normale, par un bord rouge livide ; la surface de cette saillie paraît jaunâtre avec un piqueté rouge et, vers le bord livide, elle est grossièrement déchiquetée et paraît formée de cinq segments assemblés.

Au milieu se trouve une petite dépression couverte d'une escarre blanchâtre, qui a à peu près les dimensions d'une pièce de un heller.

On continue le traitement ioduré.

Le 16 juin, le malade est tout à fait bien ; l'urine est claire ; il suit le traitement ioduré depuis deux mois.

A l'examen cystoscopique, la muqueuse paraît normale. Malgré une recherche attentive, je n'arrive pas à retrouver l'emplacement de l'ulcération ; toute la muqueuse vésicale, même au niveau du trigone et du bas-fond, est lisse et rouge pâle.

Le docteur Gusman me donna des renseignements sur la spécificité du malade.

En mai 1909, R... l'avait consulté pour une lésion de la verge ; il n'avait pas trouvé de tréponèmes dans la sécrétion de l'ulcération, ni aucun symptôme de syphilis.

Le 19 août 1912, je revois le malade ; l'urine est parfaitement limpide. Pas de douleurs à la miction ; à l'examen cystoscopique, la muqueuse donne la même image qu'un mois auparavant.

Dans l'aisselle gauche et dans la région supérieure du bras existent de petites taches rouges de la grosseur d'une tête d'épingle, accompagnées de démangeaisons. Le docteur Guzman fait le diagnostic de folliculite et d'excoriations banales et exclut l'hypothèse de lésions syphilitiques.

Je fais suspendre le traitement ioduré jusqu'à nouvel ordre.

Cette observation présente quelques particularités intéressantes, et la nature syphilitique de l'ulcération vésicale ne fait aucun doute.

Les douleurs vésicales et la pyurie ont ouvert la scène et Picker, consulté tout au début de l'affection put, à l'examen cystoscopique, suivre les différentes phases par lesquelles a passé la lésion vésicale :

Tout d'abord, muqueuse normale ;

Peu après, tuméfaction au niveau du trigone, limitée par un bourrelet très net et dont la nature était difficile à déterminer ;

Puis, formation d'une petite tumeur saillante, bien limitée et légèrement ulcérée ;

Et enfin, sous l'influence du traitement ioduré, disparition en quelques jours de tous les phénomènes inflammatoires.

Il est un fait qui peut paraître surprenant, c'est l'absence

de toute hémorragie ; et, en effet, dans toutes les observations de syphilis tertiaire de la vessie qui ont été publiées jusqu'ici, non seulement l'hématurie était constante, mais encore elle en était le symptôme primordial. On ne peut expliquer cette absence de tout écoulement sanguin que par l'apparition récente de la tumeur vésicale, arrêtée presque aussitôt dans son développement par le traitement ioduré institué de bonne heure.

CHAPITRE X

CONCLUSIONS

1° En résumé, si les observations signalées jusqu'ici sont encore très rares, il est indiscutable qu'on peut rencontrer, au niveau de la muqueuse vésicale, des lésions spécifiques.

La syphilis ne respecte pas plus la vessie qu'elle ne respecte les autres tissus de l'organisme.

2° Les lésions de la vessie peuvent être la seule manifestation de la maladie ; le plus souvent, il existe en même temps des lésions de la peau, des muqueuses ou des autres organes.

3° Les lésions vésicales de la syphilis ne présentent pas de phénomènes particuliers spécifiques. Elles se traduisent par les mêmes symptômes que l'on a coutume de retrouver dans les autres affections de la vessie : douleurs, envies fréquentes d'uriner, hématuries, rétention d'urine quelquefois.

Au cours de la période secondaire, elles peuvent évoluer insidieusement ; on ne peut alors les décéler qu'en pratiquant systématiquement l'examen de la muqueuse vésicale.

4° La syphilis secondaire de la vessie peut se montrer sous deux modalités différentes :

Exanthème localisé ou généralisé ;

Ulcérations superficielles de nombre et de dimensions variables.

5° Deux formes également pour la syphilis tertiaire :

Forme ulcéro-gommeuse ;

Forme papillomateuse ; ce serait la plus rare.

6° Quelle que soit la période à laquelle elles appartiennent, les manifestations ulcéreuses évoluent localement sans intéresser le reste de la muqueuse.

Les ulcérations gommeuses peuvent envahir la musculuse, puis la séreuse et donner des perforations vésicales avec fistule vésico-péritonéale et péritonite généralisée quand l'évolution a été rapide, avec fistule vésico-intestinale si l'évolution plus lente a permis la formation d'adhérences entre la vessie et l'intestin.

7° Au cours du tabès, il peut exister des lésions vésicales ; la syphilis n'agit, dans ce cas, que d'une façon indirecte par l'intermédiaire du système nerveux central.

8° Le diagnostic de syphilis de la vessie est généralement facile ; il repose sur :

Les caractères particuliers des ulcérations vues au cystoscope ;

Le peu de modification des urines ;

La conservation de l'état général ;

La connaissance des antécédents ;

La coïncidence d'autres lésions spécifiques .

Si le diagnostic est hésitant, la réaction de Wassermann

et l'épreuve du traitement mercuriel permettent de l'affirmer.

9° Le traitement mercuriel simple ou le traitement mixte, suivant la période de la maladie, font disparaître rapidement les lésions vésicales et les symptômes par lesquels elles se traduisent ; on peut y adjoindre le traitement local, lavages de la vessie soit avec de l'eau boriquée, soit avec des solutions faibles de nitrate d'argent.

Vu :

Le Président de la Thèse,

ERN. GAUCHER.

Vu :

Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1. **Asch (P.).** — Die syphilitischen Erkrankungen der Harnblase. *Zeit. f. Urologie*. 1911, Siebentes Heft.
2. **Casper.** — Lehrbuch der Urologie. *Berl.-Wien*. 1903. S. 223.
3. **Chrzelitzer.** — Ein Fall von Cystitis luetica. *Zentralblatt f. die Krankheiten der Harn u Sexualorgane*. 1901. S. 6.
4. **Cruger.** — *De Mictione in somno, syphilide atque ulceribus*. Dresde, 1712.
5. **Desnos et Minet.** — *Traité des maladies des voies urinaires* 1909, 3^e part. Ch. X. P. 723.
6. **A. Dreyer.** — Zur Klinik der Blasensyphilis. *Derm. Zeitschrift*. Band. XX Heft 6. Juin 1913.
7. **Engelmann.** — Über drei Faelle von cystoskopisch diagnostizierten syphilitischen Harnblasen geschwulsten. *82 Versammlung Deutscher Naturforscher und Artze in Koenigsberg* in Pr. 18-24 septembre 1910. M. F. P. D. 15 octobre 1910. P. 355.
— Syphilis de la vessie. *Derm. Zeit.*, n° 11, novembre 1910, p. 820.
— Mémoire sur la syphilis de la vessie. *Folia urologica*, 1911, Band 5, n° 7.
8. **Fenwick,** in **CASPER.** *Handbuch der Cystoskopie*.
9. **Finger.** — *Die Syphilis und die Venerischen Krankheiten*. Leipzig, 1901. S. 146.
10. **Fiorani.** — Sopra alcune forme morbose della vesica. *Giorn. ital. d. mal. vener.* Milano 1888, n° 1. Mentionné par NEUMANN.
11. **Follin.** — Productions morbides observées sur la muqueuse d'une femme syphilitique. *Soc. de biol. Av.* 1849. *Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 492.

12. **Fournier.** — *Traité sur la syphilis.* Edit. I. Paris 1899. — Deux. édit. Tome II, p. 662. Paris 1904.
13. **Frank.** — Demonstration cystoskopischer Bilder von Blasensyphilis. *Verhandl. des II Deutsch. Urologenkongresses.* Berlin 1909. S. 356.
14. **Frisch, Zuckerkantl.** — *Handbuch d. Urologie, 1904-1906.*
15. **Graff.** — *Ein Fall von Gumma der Harnblase. Beitrag z. Kenntnis der Blasensyphilis.* Inaug. Diss. Freiburg. i. Br. 1906, vgl. auch. KRASKE. *Chirurgenkongress* 1904.
16. **Griwzow.** — Beitrag z. Kasuistik d. aussergewöhnlichen Lokalisationen der allgemeinen Syphilis. Zwei Faelle syphilitischer Cystitis. *Monatsberichte für Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 1899.* S. 449.
17. **Guyon (F.).** — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.* 4^e édition, 1903. Tome I, p. 21.
18. **Haberern.** — Cystoskopische. *Zentrabl. f. chir.* Leipz. 1911, XXXVIII.
19. **Hallopeau et Ch. Fouquet.** — *Traité de la syphilis, 1911,* p. 281.
20. **Hinder.** — A case of syphilitic of the urinary bladder With marked hæmaturia. *Australasian med. Gazette.* 1901, p. 92.
21. **Joseph.** — *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten.* Leipz. 1909.
22. **Kaposi.** — Pathol. und Therapie der Syphilis. *Deutsche Chirurgie.* Stuttgart, 1881. S. 293.
23. **Kummel.** — Ueber Geschwüre der Harnblase (ihre Progn. und Thérapie). *Berl. Klin.* 1893. H. LIX, p. 1-49.
24. **Lang.** — *Vorlesungen üb Pathologie und Ther. der syphilis.* Wiesbaden 1884. S. 327.
25. **Le Fur.** — Ulcération syphilitique de la vessie. *Assoc. Franc. d'Urol.* 1902. *Annales gén. urinaires,* 1902, p. 1519.
26. **Legueu.** — *Traité d'Urologie, 1910,* p. 689.
27. **Lenehan.** — Syphilitic gumma of the bladder. *Southern med. Journ.* Nashville, septembre 1910.
28. **Levy Bing et Durceux.** — Syphilis de la vessie. *Ann. des mal. vénér.,* n° 4, avril 1913.
29. **Mac Gowan.** — A base of gummatous ulcer of the bladder. *Journ. of cutaneous and genito urinary diseases,* 1901.

30. **Matzenauer.** — Gumma urethrae et vesicae. *Verhandlungen d. Wiener dermatologischen Gesellschaft.* Sitzung v. 7. März 1900. *Arch. f. Dermat. und syphilis*, 1900. S. 112.
31. **Margouliès.** — Syphilis de la vessie. *Ann. gén. urinaires*, 1902, p. 384.
32. **Michailoff.** — Syphilis der Harnblase und der oberen Harnwege. *Zeits. f. Urologie.* Band VI 1912. Drittes Heft.
33. **Morgagni.** — *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis.* Lovanni 1767.
34. **Morris.** — Gumma of the bladder. *Indiana Med. Journal.* Indianapolis, 97/98, XVI, p. 5.
35. **Mucharinsky.** — Zur Frage der Harnblasensyphilis. *Zeit. f. Urologie.* Berlin 1912. 376-378.
36. **Neumann.** — Syphilis. II Aufl. Wien 1899. XXIII. Bd. von *Nothnagels spezieller Pathologie und therapie.* S. 683.
37. **Nitze.** — *Lehrbuch d. Cystoskopie.* I. Aufl. 1889. Wiesbaden. II Aufl. 1907.
38. **Nin Posadas.** — Contribucion al studio de la syphilis vesical. *Revista de la sociedad medica Argentina.* Vol. XIX, n° III. Déc. 1914.
39. **Pereschiwkin.** — Zur Frage der Syphilis der Blase. *Zeits fur Urologie.* Band V 1911. Siebentes Heft.
40. **Picker.** — Ein Fall von Syphilis der Blase. *Zeits fur Urologie.* Band VII, 1913. Drittes Heft.
41. **Picot.** — Un cas de syphilis vésicale et uréthrale. *Journ. d'Urol.* T. II, n° 5, 15 nov. 1912.
42. **Proksch.** — Zur Geschichte und Pathologie der syphilitischen Ulzerationen der Harnblase. *Vierteljahrss für 'Derm. und Syphilis.* 1879. S. 555.
43. **Rapot.** — *Path. und Therapie der Syphilis.* Stuttgart, 1891, p. 293.
44. **Ricord.** — *Traité complet des mal. ven. — Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens.* Paris 1851. Pl. VIII.
45. **Tarnowsky.** — *Vortr. üb venerische Krankheiten.* Berlin 1872. S. 199.
46. **Thruster.** — The Chronic perforating ulcer of the bladder, *Texas Courier Record of med.* Dallas 1887-88. V. p. 335.
47. **Towbien.** — Ueber einen Fall von mutmasslicher syphilitischer Affektion der Harnblase. *Wratschebnaja Gazetta*, 1904, n° 9. Ref. in *Monatsberichte für Urol.* 1904. S. 494.

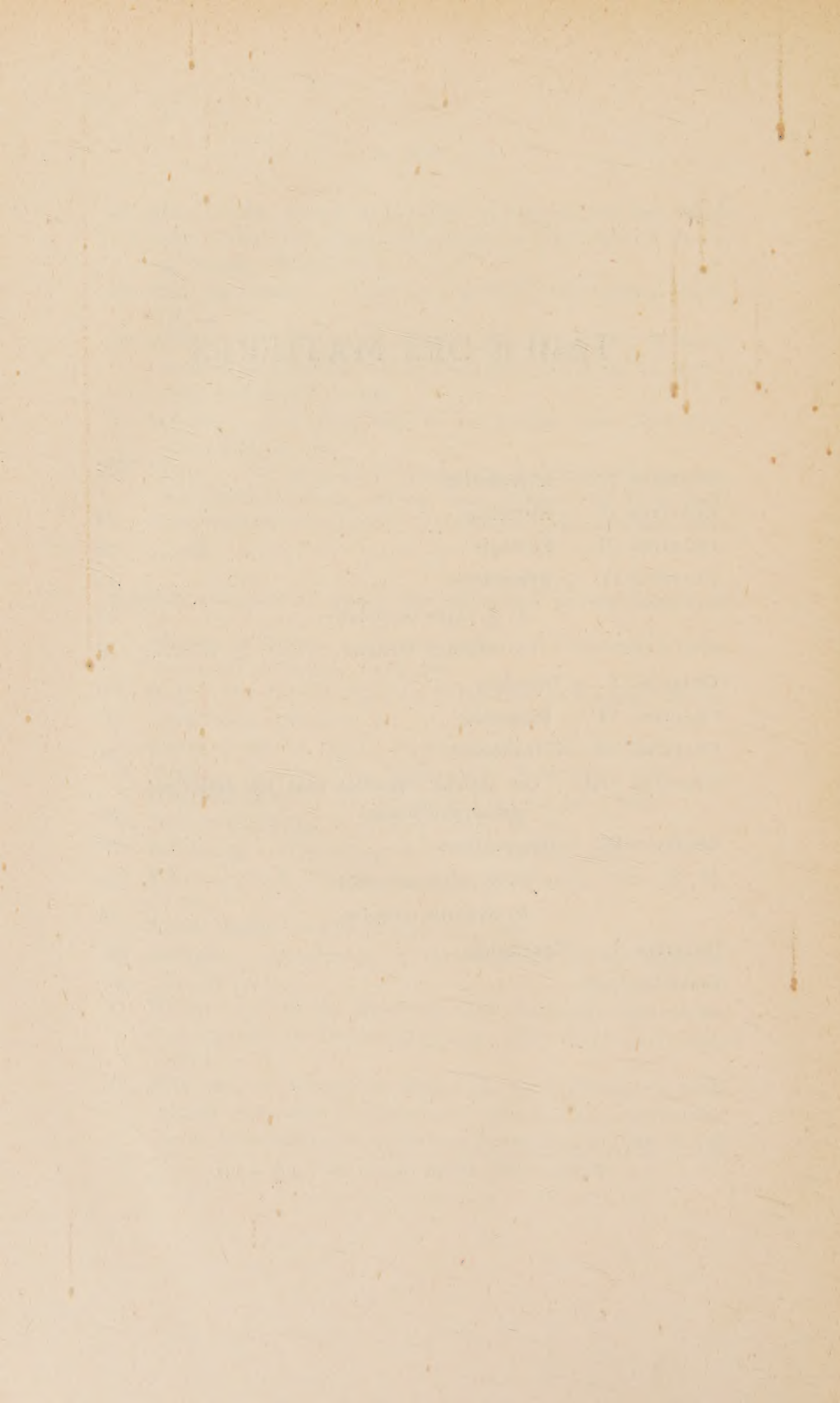
48. **Uva.** — Sopra un caso de syphilide, cerebro spinale con fistola retto vesicale per gumma suppurate in vesica. *Revista clin. et ter Napoli*, 1882. IV. 250.
49. **Vidal de Cassis.** — *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853, p. 169.
50. **Virchow.** — Zur pathologisch anatomischen Kasuistik. *Verhandlungen der physikalisch medizinischen Gesellschaft in Würzburg*. 1852. Bd III. S. 366.
51. **Wyeth.** — Perforating uber of the bladder. *New York med. Journ.* 1892, p. 582.
52. **Zeyssl.** — Die luetischen Erkrankungen der Urogenital apparatis und ihre Behandlung. *Wiener med. Presse*. 1906. N° 2. Siehe auch Referat WOSSIDLO in *Urologische Jahresberichte*. 1906. S. 251.

Lésions vésicales au cours des affections parasymphilitiques

1. **Albarran et Nogues.** — *Premier Congrès de l'Association internationale d'Urologie*. Paris 1908.
 2. **Asch.** — Die Erkrankungen der Harnblasen muskulatur. *Munch. med. Woch.* 1907, n° 7.
 3. **Bohme.** — *Munch. Mediz. Wochenschr.* 15 décembre 1908.
 4. **Casper.** — *Berliner Klin. Wochenschr.* 15 décembre 1908.
 5. **Frankl-Hochwart.** — *Handbuch der Urologie*. Bd 1, 1905.
 6. **Gotz und Freusberg.** — *Pflügers Arch.* Bd. 63.
 7. **Koll Jrving.** — *The Chicago med. Recorder*. Av. 1911.
 8. **Muller.** — *Deuts. Zeitsch. für Nervenheilkunde*. 1901. Bd. 21. S. 86.
 9. **Parkes Weber.** — *Practitioner*. Av. 1909.
 10. **Shattock.** — *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Vol. II. 1909.
 11. **Walker.** — Atonie der Harnblase ohne obstruktion oder zeichen von organischer Nerveuerkrankung. *Zeitsch für Urol.* 1911. Heft 1. S. 1.
 12. **Willi Hirt.** — Beiträge zur Pathologie der Harnblase bei tabès dorsalis und anderen Rückenmark serkrankungen. *Zentralblatt f. die Krankheiten der Harn und Sexualorgane*. 1902. S. 160.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
CHAPITRE I ^{er} . — Introduction.....	9
CHAPITRE II. — Historique.	11
CHAPITRE III. — Etiologie.....	15
CHAPITRE IV. — Symptômes.....	17
A) Syphilis secondaire.....	17
B) Syphilis tertiaire.....	20
CHAPITRE V. — Evolution.....	25
CHAPITRE VI. — Diagnostic.....	27
CHAPITRE VII. — Traitement.....	31
CHAPITRE VIII. — Les lésions vésicales dans les affections parasyphilitiques.....	33
CHAPITRE IX. — Observations.....	36
A) Syphilis secondaire.	36
B) Syphilis tertiaire.....	46
CHAPITRE X. — Conclusion.....	104
BIBLIOGRAPHIE.....	107



174